2006

Annual Report

Office of the Chief Coroner

Rapport annuel

Le bureau du coroner en chef

New Nouveau
Brunswick
CANADA

2006 Annual Report

Published by:
Office of the Chief Coroner
Department of Public Safety
Province of New Brunswick
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Canada

March 2008

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Office of the Chief Coroner

Printing and Binding:
Printing Services, Supply and Services

Rapport annuel 2006

Publié par :
Le bureau du coroner en chef
Ministère de la Sécurité publique
Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Canada

Mars 2008

Couverture :
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition :
Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure :
Service d'imprimerie,
Approvisionnement et Services

ISBN 978-1-55471-058-4

ISSN 0848-5666

Printed in New Brunswick

ISBN 978-1-55471-058-4

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

The Honourable John Foran
Department of Public Safety
Fredericton
New Brunswick

Dear Minister:

Pursuant to Section 43 of the *Coroners Act*, I have the honour to submit the Thirty-fifth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 2006 to December 31, 2006.

Yours very truly,

DIANNE KELLY
Chief Coroner
Province of New Brunswick

L'honorable John Foran
Ministère de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le trente-cinquième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2006 en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

DIANNE KELLY
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

The information provided in this Annual Report is presented for the calendar year 2006.

Annual Reports of the Chief Coroner were presented by calendar year from 1972 to 1992. In 1992/93, the Chief Coroner changed the reporting period to fiscal year to coincide with the implementation of a new computer system. In 2005, the Chief Coroner made the decision to revert to calendar year to coincide with statistical reporting by other Coroner and Medical Examiners across Canada. This will facilitate data sharing and comparison with other provincial and federal government agencies.

Les renseignements fournis dans le présent rapport annuel concernent l'année civile 2006.

De 1972 à 1992, les rapports du coroner en chef étaient présentés par année civile. En 1992-1993, la mise en œuvre d'un nouveau système informatique a motivé la décision du coroner en chef d'adopter une période de référence correspondant à l'année financière. En 2005, la coroner en chef a décidé de revenir à l'année civile pour s'ajuster à la façon dont les autres coroners et médecins légistes du Canada présentent leurs rapports statistiques. Elle voulait également faciliter l'échange d'information et les comparaisons avec d'autres organismes provinciaux et fédéraux.

Table of Contents

Page

Mission Statement 7

Historical Background 7

Origin of the Office of the Coroner 7

The New Brunswick Coroner System 8

Organizational Structure 8

Notification Requirement 9

Investigative Capacity of Coroner Services 9

Purpose of Coroner's Investigation 10

The Inquest Decision 10

Summary 11

Statistical Summary of Investigated Deaths 12

Schedule "A.1" - Total Deaths by Classification 15

Schedule "A.2" - Total Deaths by Month 16

Schedule "A.3" - Total Deaths by Judicial District 17

Schedule "B.1" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 18

Schedule "B.2" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 19

Schedule "B.3" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Environment 22

Table des matières

Page

Énoncé de mission 7

Survol historique 7

Origine de la fonction de coroner 7

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick 8

Structure administrative 8

Déclaration 9

Pouvoirs d'enquête du Service des coroners 9

But de l'investigation 10

La décision de mener une enquête 10

Résumé 11

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès 12

Tableau « A.1 » - Nombre total de décès par catégorie 15

Tableau « A.2 » - Nombre total de décès par mois 16

Tableau « A.3 » - Nombre total de décès par circonscription judiciaire 17

Tableau « B.1 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 18

Tableau « B.2 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 19

Tableau « B.3 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence 22

Schedule "C.1" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 26

Schedule "C.2" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 27

Schedule "C.3" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 29

Schedule "D.1" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 31

Schedule "D.2" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 32

Schedule "D.3" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 33

Schedule "E.1" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 34

Schedule "E.2" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 35

Schedule "E.3" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Environment 37

Schedule "F.1" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Judicial District.....42

Schedule "F.2" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 43

Schedule "F.3" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Environment.....44

Tableau « C.1 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 26

Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 27

Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence.....29

Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 31

Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 32

Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence.....33

Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 34

Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité 35

Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et le lieu de l'incidence.....37

Tableau « F.1 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 42

Tableau « F.2 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité.....43

Tableau « E.3 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et le lieu de l'incidence.....44

Schedule "F" - Undetermined Deaths... 45

Summary of Inquests and Recommendations 46

Other Cases of Interest 77

Inquests and Cases of Interest (2005) 91

Tableau « F. » - Décès d'origine Inconnue 45

Résumé des enquêtes et des recommandations 46

Autres cas d'intérêt 77

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2005) 91

Our Mission

Coroner Services is an independent and publicly accountable investigation of death agency. Coroner Services is mandated by statute to review all suspicious or questionable deaths in New Brunswick, conduct inquests as may be required in the public interest and does not have a vested interest of any kind in the outcome of death investigations.

Historical Background

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an additional fine if no felon could be found responsible for this death. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems, which are presently existing in common law jurisdictions.

In the ensuing seven hundred years, no improvement has been made upon the basic questions and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

Notre mission

Le Service des coroners est un organisme indépendant de responsabilité publique chargé d'enquêter sur les décès. Mandaté en vertu des lois provinciales pour étudier tous les cas de morts suspectes au Nouveau-Brunswick, le Service des coroners mène des enquêtes dans l'intérêt du public. Le Service n'a aucun intérêt, quel qu'il soit, quant à l'issue de ces enquêtes.

Survol historique

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les États ou est appliquée la common law.

Après sept siècles, les questions de bases demeurent inchangées : « Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte? »

An inquest is not a forum to resolve civil disputes nor to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

The New Brunswick Coroner System

Organizational Structure

In New Brunswick, Coroner Services falls under the Department of the Public Safety for administrative purposes. Supervision of the service is the responsibility of the Chief Coroner who is assisted by a full time Deputy Chief Coroner.

The six full time staff, who serve as Regional Coroners in Fredericton/Woodstock, Moncton/Miramichi, Saint John, Bathurst/Campbellton and Edmundston report to the Chief Coroner.

In addition to the six Regional Coroners, a cadre of experienced investigative staff from the Compliance Branch serve as Investigating Coroners. This group provides services primarily on nights and weekends.

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement au décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick

Structure administrative

Aux fins administratives les Services des coroners au Nouveau-Brunswick relèvent du ministère de la Sécurité publique. La surveillance des services comme tels relève du coroner en chef, secondé à temps plein d'un coroner en chef adjoint.

Les six coroners régionaux travaillant à temps plein dans les régions de Fredericton-Woodstock, de Moncton-Miramichi, de Saint-Jean, de Bathurst-Campbellton et d'Edmundston relèvent du coroner en chef.

En plus des six coroners régionaux, un groupe d'employés chevronnés des services d'enquête de la Direction du contrôle de la conformité agissent à titre de coroners responsables des investigations, principalement le soir et les fins de semaine.

Fee For Service Coroners continue to provide additional investigative capacity and geographic coverage.

The Regional Coroners provide guidance to the Investigating Coroners and Fee For Service Coroners and participate in the development and delivery of training.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: (i) did not occur during or as a result of pregnancy; (ii) was not sudden and unexpected; and (iii) was not under circumstances which may require an investigation). Coroner Services is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his/her death. The system, therefore, is a vital part of public safety in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

Investigative Capacity of Coroner Services

For investigational purposes Coroner Services has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Halifax) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also available to

La présence de coroners rémunérés à l'acte nous permet d'ajouter à notre capacité de mener des enquêtes et de mieux couvrir l'ensemble de la province.

Les coroners régionaux fournissent un soutien aux coroners responsables des investigations et aux coroners rémunérés à l'acte et participent à l'élaboration et à la prestation de la formation.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié *sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue : ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une enquête). Par contre, le Service des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un rouage essentiel de la sécurité publique, car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Pouvoirs d'investigation du Service des coroners

Aux fins d'investigation, le Service des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Halifax) et à un corps de police municipale qui ont chacun leur domaine de compétence. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes

Coroner Services are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst and Edmundston and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

The identification of a death as a "Type II" case, which needs the special consideration of a forensic pathologist, results in the utilization of the forensic service and requires that the body be transported to Saint John for the autopsy.

Where circumstances warrant, specialized expertise may be provided from outside the Province on complex cases for evidentiary or identification purposes.

Purpose of Coroner's Investigation

The purpose of the coroner's investigation for many years was directed towards the investigation of the actual medical cause of death. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety.

The Inquest Decision

One of the most difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest.

des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst, et Edmundston, de même qu'aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint-Jean.

Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de « type II », nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut utiliser le service et faire transporter le cadavre à Saint John pour que soit pratiquée une autopsie.

Lorsqu'il est nécessaire pour les cas très complexes, nous faisons appel à des experts de l'extérieur de la province afin de compléter nos capacités relatives à la preuve et à l'identification.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a été pendant de nombreuses années de rechercher la cause médicale réelle du décès. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles qui doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête.

A local coroner or the Chief Coroner may order an inquest into a death. In some circumstances, a coroner may hold an inquest when required to do so in writing by a Judge of The Court of Queen's Bench of New Brunswick, a member of the Executive Council or the Chief Coroner. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of sudden and unexpected deaths. It is expected that the Coroners Jury will make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations arising out of inquests to the attention of appropriate persons, agencies and government departments.

Summary

Coroner Services investigates about 26 percent of the total of approximately 6,000 deaths per year in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. The coroner, in approximately 35 percent of the cases, orders autopsies and inquests are ordered in slightly less than one percent of all investigated deaths.

For the period covered by this Report, the Registrar of Vital Statistics recorded 6,054 deaths in the Province of which 1,608 or 26.6% were reported to a coroner. By comparison in the previous year there were 6,232 deaths in the Province of which 1,596 or 25.6% were reported to a coroner.

Un coroner local ou le coroner en chef peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès. Dans certaines circonstances, un coroner peut procéder à une enquête sur demande rite d'un juge de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau Brunswick, d'un membre du Conseil exécutif ou du coroner en chef. La tenue de l'enquête a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès soudains et inattendus. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans de circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations à partir d'une enquête aux personnes, organismes et ministères concernés.

Résumé

Environ 26 pour cent des quelque 6 000 décès annuels dans la province font l'objet d'une investigation par le Service des coroners. Un très grand nombre d'investigations se terminent par un constat de mort due à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 35 pour cent des cas alors que moins de un pour cent nécessitent une enquête du coroner sur les décès.

Au cours de l'exercice couvert par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 6 054 décès dans la province dont 1 608 ou 26,5 pour cent ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 6 232 décès sont survenus dans la province dont 1 596 ou 25,6 pour cent nous avaient été signalés.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and to all other related agencies who have, through the year, co-operated and assisted in the investigations which have been processed through Coroner Services. Also, gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

Nous sommes reconnaissants envers toutes les agences de maintien de l'ordre et les organismes connexes qui ont collaboré avec nous et nous ont aidés à mener les enquêtes au cours de l'année qui vient de s'écouler. Nous remercions également tous les coroners qui ont fait preuve, encore une fois, de dévouement et de professionnalisme, souvent dans des circonstances difficiles.

The Chief Coroner invites comments or suggestions for modifying or improving any part of the report or regarding any aspect of the overall delivery of coroner services in the Province.

Le coroner en chef invite le public à nous faire part de ses observations ou de ses suggestions qui pourraient contribuer à améliorer ce rapport ou les services offerts par le bureau du coroner de la province.

Comments should be directed to:

Prière de faire parvenir vos observations à l'adresse suivante :

The Office of the Chief Coroner
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Phone (506) 453-3604
Fax (506) 462-2038

Bureau du coroner en chef
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Téléphone : (506) 453-3604
Télécopieur : (506) 462-2038

Statistical Summary of Investigated Deaths

The information provided in this Annual Report is presented for the calendar year 2006.

Annual Reports of the Chief Coroner were presented by calendar year from 1972 to 1992. In 1992/93, the Chief Coroner changed the reporting period to fiscal year to coincide with the implementation of a new

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

Les renseignements fournis dans le présent rapport annuel concernent l'année civile 2006.

De 1972 à 1992, les rapports du coroner en chef étaient présentés par année civile. En 1992-1993, la mise en œuvre d'un nouveau système informatique a motivé la décision du coroner en chef d'adopter une période de

computer system. In 2005, the Chief Coroner made the decision to revert to calendar year to coincide with statistical reporting by other Coroner and Medical Examiners across Canada. This will facilitate data sharing and comparison with other provincial and federal government agencies.

Since January 1, 1987 deaths reported to and investigated by Coroner Services have been classified in five distinct categories: natural, accident, suicide, homicide and undetermined.

The natural category covers all deaths by disease or **natural causes**.

The accident category covers all **accidental** deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all classes of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

référence correspondant à l'année financière. En 2005, la coroner en chef a décidé de revenir à l'année civile pour s'ajuster à la façon dont les autres coroners et médecins légistes du Canada présentent leurs rapports statistiques. Elle voulait également faciliter l'échange d'information et les comparaisons avec d'autres organismes provinciaux et fédéraux.

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés au Service des coroners et sur lesquels celui-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes : mort naturelle, accident, suicide, homicide et décès d'origine inconnue.

La catégorie des **morts naturelles** englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des **accidents** englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des **suicides** englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des **homicides** englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évident de provoquer la mort de quelqu'un.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible efforts to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case, which might fall in this category, is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

The tables included in this report identify the **Environment**, that is the principal **location** of where the death occurred and the **Death Factor**, that is an action, force, instrument or disease which led directly toward death.

La catégorie des **décès d'origine inconnue** englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de déterminer s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

Les tableaux de ce rapport identifient le **Lieu**, c'est-à-dire l'endroit principal où le décès est survenu, et au **Facteur de mortalité**, c'est-à-dire l'action, la mesure de violence, l'instrument ou la maladie qui a été la cause directe du décès.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

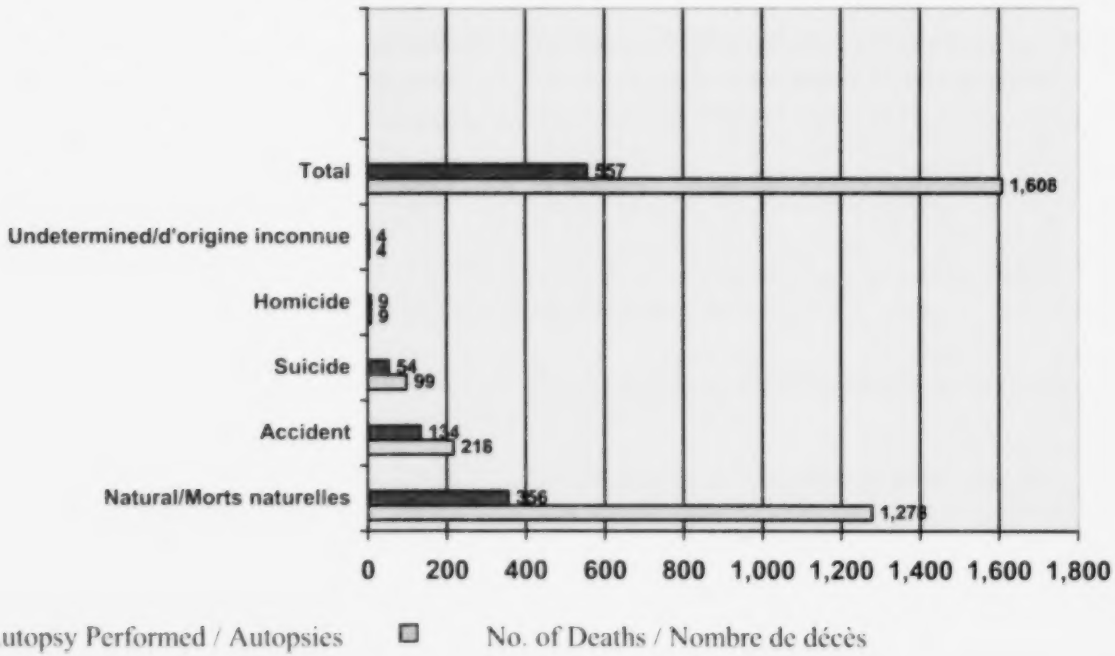
from/de 2006.01.01 to/au 2006 .12.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	%of Deaths/ de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	% of classification/ de la catégorie de décès
Natural/Morts naturelles	1,278	79.4	170.6	356	27.9
Accident	218	13.6	29.1	134	61.5
Suicide	99	6.2	13.2	54	54.5
Homicide	9	0.6	1.2	9	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	4	0.2	0.5	4	100.0
Total	1,608	100.0		557	

Based on a population of / sur une population de 749,168

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

from/de 2006.01.01 to/au 2006.12.31



NOTE : Based upon Statistics Canada postcensal population estimates for N. B. census divisions (released January 31, 2007). Sub-county estimates are based on the 2006 Census population share of the county.

NOTE : Données fondées sur les estimations postcensitaires de Statistique Canada pour les Divisions de recensement du Nouveau-Brunswick (publiées le 31 janvier 2007). Les estimations relatives aux régions à l'intérieur des comtés sont fondées sur les données du recensement de 2006 sur la proportion de population dans chaque comté.

Provincial Summary - Deaths Investigated by Classification, by Month - Schedule A-2 /
Sommaire provincial - Nombre de décès examinés par catégorie, par mois - Tableau A-2
from/de 2006.01.01 to/au 2006.12.31

Classification/ Catégorie de décès	Jan/ jan	Feb/ fev	Mar/ mars	April/ Avril	May/ mai	June/ Juin	July/ juillet	Aug/ août	Sept/ sept	Oct/ oct	Nov/ nov	Dec/ déc	Total
Natural/Morts naturelles	126	103	114	101	90	108	106	101	109	92	106	122	1,278
Accident	20	15	17	10	17	17	23	30	20	14	16	19	218
Suicide	6	9	11	5	16	6	7	6	7	7	9	10	99
Homicide	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	3	9
Undetermined/ Décès d'origine inconnue	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	4
Total	152	127	143	117	126	131	136	138	137	114	133	154	1,608

DEATHS INVESTIGATED BY JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE A-3 / NOMBRE DE DÉCÈS EXAMINÉS PAR CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE - TABLEAU A-3

from/de 2006.01.01 to/au 2006.12.31

	Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires								
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock	Province
Natural/Morts naturelles	95	64	78	173	52	235	537	44	1,278
Accident	23	13	12	38	15	49	57	11	218
Suicide	6	9	13	16	5	32	18	0	99
Homicide	0	0	0	3	0	1	4	1	9
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0	0	0	1	0	0	2	1	4
Total / Totaux	124	86	103	231	72	317	618	57	1,608
% of Provincial Total / % de cas par rapport au total provincial	7.7	5.3	6.4	14.5	4.5	19.7	38.4	3.5	100
Population	80,732	34,620	44,108	131,309	50,206	195,633	172,542	40,018	749,168
Death Rate per 100,000 population / Taux de mortalité par 100 000 habitants									
Natural/Morts naturelles	117.7	184.9	176.8	131.8	103.6	120.1	311.2	110.0	170.6
Accident	28.5	37.6	27.2	28.9	29.9	25.0	33.0	27.5	29.1
Suicide	7.4	26.0	29.5	12.2	10.0	16.4	10.4	0.0	13.2
Homicide	0.0	0.0	0.0	2.3	0.0	0.5	2.3	2.5	1.2
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	1.2	2.5	0.5
Total deaths by trauma (accident, suicide, homicide) / Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide)	29	22	25	56	20	82	79	12	325
Rate per 100,000 population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	35.9	63.5	56.7	42.6	39.8	41.9	45.8	30.0	43.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE B-1 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU B-1

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	2	2	5	1	0	0	1	0	4	2	1	3	2	0	15	8	23	10.6	15	9.6
Campbellton	0	0	0	1	0	0	5	0	2	2	1	0	1	1	9	4	13	6.0	8	5.2
Edmundston	1	1	2	1	2	0	1	0	1	0	1	1	0	1	8	4	12	5.5	11	7.1
Fredericton	6	1	5	2	2	2	1	0	4	1	1	1	4	8	23	15	38	17.4	24	15.5
Miramichi	1	0	5	1	2	0	1	0	0	0	1	3	1	0	11	4	15	6.9	9	5.8
Moncton	3	3	7	0	3	3	8	1	5	4	2	3	4	3	32	17	49	22.5	37	23.9
Saint John	4	0	9	2	5	0	3	4	8	2	4	4	7	5	40	17	57	26.1	40	25.8
Woodstock	1	0	2	0	3	0	1	0	1	2	0	1	0	0	8	3	11	5.0	11	7.1
Males / Hommes	18		35		17		21		25		11		19		146		218	100.0	155	100.0
% Total - Males/Hommes	8.3		16.1		7.8		9.6		11.5		5.0		8.7		67.0					
Females / Femmes	7		8		5		5		13		16		18			72				
% Total - Females/ Femmes	3.2		3.6		2.3		2.3		6.0		7.3		8.3			33.0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	25		43		22		26		38		27		37							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	11.5		19.7		10.1		11.9		17.4		12.4		17.0							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drowning Open Water / Noyade – en eau libre	0 0	2 0	1 0	1 0	1 0	0 0	0 0	5	0	5	2.2	5	3.3
Drowning – Private Pool / Noyade – piscine privée	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	2	0	2	0.9	2	1.3
Animal bites, kicks, etc. / Morsures par un animal, coup de pied, etc.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.5	1	0.6
Trauma of Air Crash/ Traumatisme dû à un accident d'avion	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	12 6	20 5	8 4	7 2	7 6	6 7	3 3	63	33	96	44.0	76	49.0
Trauma of Recreational Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatif	1 1	3 0	0 0	1 0	2 0	0 0	1 0	8	1	9	4.1	8	5.2
Crushed and/or Buried / Écrasé et/ou enterré	0 0	1 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	3	0	3	1.4	3	1.9
Blunt Trauma, Accidental / Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	0 0	1 0	0 0	2 0	1 0	0 1	0 0	4	1	5	2.2	3	1.9

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.5	0	0.0
Fire – Structural / Incendie des bâtiments	1 0	0 1	0 0	1 0	1 1	1 0	0 0	4	2	6	2.7	5	3.3
Fire – vehicle / Incendie de véhicule	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6
Electrocution / Électrocution	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6
Fall or jump – different level height; eg. bridge, building / Chute ou saut – à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	2 1	2 3	7	4	11	5.0	2	1.3
Fall or jump – same level / Chute ou saut – à partir du sol	0 0	1 0	0 0	0 0	2 1	1 2	10 12	14	15	29	13.3	4	2.6
Object caught in throat / Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	2	2	0.9	0	0.0
Asphyxia / Asphyxie	0 0	1 0	0 0	1 0	3 1	0 1	0 0	5	2	7	3.2	6	3.9
Aspiration / Aspiration	0 0	3 0	0 0	1 0	0 1	0 1	0 0	4	2	6	2.7	5	3.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hanging / Pendaison	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6
Caught in Machinery / Pris dans une machine	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6
Carbon Monoxide Poisoning (vehicle exhaust) / Intoxication au monoxyde de carbone (Gaz d'échappement d'un véhicule	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6
Poison or Solvent / Poison ou solvant	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6
Alcohol and Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	0 0	1 0	3 1	1 2	0 0	1 0	6	3	9	4.1	9	5.8
Drug / Drogue	2 0	2 1	4 1	3 2	1 1	0 2	0 0	12	7	19	8.8	19	12.4
Males / Hommes	18	35	17	21	25	11	19	146		218	100.0	155	100.0
Females / Femmes	7	8	5	5	13	16	18		72				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	25	43	22	26	38	27	37						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Construction / Chantier de construction	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	3	0	3	1.4	2	1.3
Other Work Place / Autre lieu de travail	0 0	0 0	1 0	1 0	1 0	0 0	0 0	3	0	3	1.4	2	1.3
Boating – personal watercraft, jet ski, etc. / Bateau – embarcation personnelle, jet ski, etc.	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	0.9	2	1.3
Open water (river, lake, stream, brook) / Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6
Ocean / Océan	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6
Snowmobiling - anywhere off public road (driver) / Motoneige - n'importe ou hors d'une route publique (conducteur)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6
Snowmobiling - on public road (driver) / Motoneige (sur route publique) conducteur	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Off Road Motorcycling (motocross, dirt bike, etc.) / Motocyclisme hors-piste (moto-cross, moto hors route)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.6
ATV driver - on public road / VTT conducteur - sur une route publique	1 0	1 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	4	0	4	1.8	4	2.6
ATV driver – off public road / VTT conducteur - n'importe où hors route publique	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.5	1	0.6
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autre services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	1 1	1	2	3	1.4	2	1.3
Nursing Home / Foyers de soins	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 2	3 2	4	4	8	3.6	1	0.6
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	1 0	2 1	3	2	5	2.2	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	5 0	6 3	6 1	10 1	12 5	4 7	7 10	50	27	77	35.3	52	33.6
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.5	1	0.6
Urban Outdoors – public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain – lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	2 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	3	0	3	1.4	3	1.9
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0 0	1 0	1 0	0 1	0 0	0 0	0 0	2	1	3	1.4	3	1.9
Public Road - driver / Route publique - conducteur	4 2	12 1	7 1	5 2	6 2	3 4	2 1	39	13	52	23.8	48	31.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Public Road - passenger / Route publique - passager	6 4	2 2	0 2	0 0	0 2	1 1	0 1	9	12	21	9.6	10	6.6
Public Road - pedestrian / Route publique - piéton	1 0	1 2	1 1	2 0	1 1	1 2	1 2	8	8	16	7.3	11	7.2
Public Road - motorcycle driver / Route publique - motocycliste	0 0	4 0	0 0	0 0	1 1	1 0	0 0	6	1	7	3.2	6	3.9
Public Road – bicycle (not motorized vehicle) / Route publique - vélo (non motorisé)	1 0	2 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	4	0	4	1.8	2	1.3
Males / Hommes	18	35	17	21	25	11	19	146		218	100.0	155	100.0
Females / Femmes	7	8	5	5	13	16	18		72				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	25	43	22	26	38	27	37						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE C-1 / SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	1 0	0 1	2 0	1 0	0 0	0 1	0 0	4	2	6	6.0	6	6.5
Campbellton	1 0	2 0	4 0	0 0	1 0	1 0	0 0	9	0	9	9.1	8	8.8
Edmundston	0 0	3 0	1 0	4 0	2 0	2 0	1 0	13	0	13	13.1	11	12.1
Fredericton	0 1	1 1	3 1	4 0	3 0	0 0	2 0	13	3	16	16.2	15	16.5
Miramichi	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	1 0	1 0	5	0	5	5.1	5	5.5
Moncton	0 0	5 5	2 0	6 2	3 0	4 0	5 0	25	7	32	32.3	29	31.9
Saint John	0 0	0 0	2 2	4 0	3 0	3 2	1 1	13	5	18	18.2	17	18.7
Woodstock	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	0	0	0.0	0	0.0
Males / Hommes	2	11	14	20	14	11	10	82		99	100.0	91	100.0
% Total - Males/Hommes	2.1	11.1	14.1	20.2	14.1	11.1	10.1	82.8					
Females / Femmes	1	7	3	2	0	3	1		17				
% Total - Females/ Femmes	1.0	7.1	3.0	2.1	0.0	3.0	1.0		17.2				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	3	18	17	22	14	14	11						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	3.0	18.2	17.2	22.3	14.1	14.1	11.1						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hanging / Pendaison	0 0	6 6	6 0	7 0	5 0	0 0	0 0	24	6	30	30.3	27	29.6
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 1	0 0	2	1	3	3.0	3	3.3
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	0 0	0 0	2 0	0 0	1 0	0 0	0 0	3	0	3	3.0	3	3.3
Carbon Monoxide Poisoning / Intoxication au monoxyde de carbone	0 0	0 0	0 1	5 0	1 0	1 0	0 0	7	1	8	8.1	6	6.6
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	0 0	1 0	1 0	2 0	0 0	3 0	6 0	13	0	13	13.1	12	13.2
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	0 0	1 0	0 0	5 0	0 0	3 0	2 0	11	0	11	11.1	11	12.1
Shooting - Handgun / Fusillade, arme de poing	0 0	0 0	0 0	0 0	2 0	1 0	0 0	3	0	3	3.0	3	3.3
Fall or jump - different level height; eg. bridge, building / Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 0	1 0	1 1	0 0	0 0	1 0	0 0	3	1	4	4.1	4	4.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drug / Drogue	1 0	1 0	1 1	0 0	3 0	0 1	1 1	7	3	10	10.1	9	9.9
Alcohol & Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	0 0	1 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1	1	2	2.1	2	2.2
Drowning Open Water / Noyade - en eau libre	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	1	1	1.0	1	1.1
Suffocation / Suffocation	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	0	0.0
Asphyxia / Ashyxie	1 1	1 0	2 0	0 1	1 0	1 0	1 0	7	2	9	9.1	9	9.9
Aspiration / Aspiration	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	1.0	1	1.1
Males / Hommes	2	11	14	20	14	11	10	82		99	100.0	91	100.0
Females / Femmes	1	7	3	2	0	3	1		17				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	3	18	17	22	14	14	11						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Custody Police Cell/Lock Up / Garde à vue/en cellule	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	2 1	10 7	9 2	15 2	13 0	8 2	9 1	66	15	81	81.8	76	83.5
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	1 0	1 1	1 0	0 0	1 1	0 0	4	2	6	6.1	6	6.6
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0 0	0 0	1 0	3 0	0 0	1 0	1 0	6	0	6	6.1	4	4.4
Public Road – driver / Route publique - conducteur	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	2.0	2	2.2
Public Road – pedestrian / Route publique - piéton	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Males / Hommes	2	11	14	20	14	11	10	82		99	100.0	91	100.0
Females / Femmes	1	7	3	2	0	3	1		17				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	3	18	17	22	14	14	11						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE D-1 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU D-1

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Fredericton	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	3	33.4	3	33.4
Moncton	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	11.1	1	11.1
Saint John	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	44.4	4	44.4
Woodstock	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	11.1	1	11.1
Males / Hommes	1		1		3		1		0		0		0		6		9	100.0	9	100.0
% Total - Males/Hommes	11.1		11.1		33.4		11.1		0.0		0.0		0.0		66.7					
Females / Femmes	1		1		0		1		0		0		0			3				
% Total - Females/ Femmes	11.1		11.1		0.0		11.1		0.0		0.0		0.0			33.3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2		2		3		2		0		0		0							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	22.2		22.2		33.4		22.2		0.0		0.0		0.0							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE D-2 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU D-2

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	1 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	22.2	2	22.2
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0 1	0 0	3 0	0 0	0 0	0 0	0 0	3	1	4	44.5	4	44.5
Shooting – Rifle / Fusillade, carabine	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	22.2	2	22.2
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	11.1	1	11.1
Males / Hommes	1	1	3	1	0	0	0	6		9	100.0	9	100.0
Females / Femmes	1	1	0	1	0	0	0		3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2	2	3	2	0	0	0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE D-3 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living Inside, Residence or on Property / A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0 1	0 0	2 0	0 1	0 0	0 0	0 0	2	2	4	44.5	4	44.5
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / A l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	22.2	2	22.2
Public Road - driver / Route publique - conducteur	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Public Road - passenger / Route publique - passager	1 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	22.2	2	22.2
Males / Hommes	1	1	3	1	0	0	0	6		9	100.0	9	100.0
Females / Femmes	1	1	0	1	0	0	0		3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âg	2	2	3	2	0	0	0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE E-1 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU E-1

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0 0	0 1	0 1	3 1	9 5	8 8	33 26	53	42	95	7.4	35	9.7
Campbellton	0 1	0 0	1 1	4 1	6 3	12 3	19 13	42	22	64	5.0	11	3.1
Edmundston	3 0	1 0	2 0	3 2	11 2	9 3	27 15	56	22	78	6.1	26	7.2
Fredericton	2 3	0 2	3 0	13 4	12 5	27 10	49 43	106	67	173	13.6	83	23.1
Miramichi	0 0	1 1	1 0	3 2	6 0	8 5	18 7	37	15	52	4.1	13	3.6
Moncton	1 5	1 2	7 3	12 1	29 7	33 9	65 60	148	87	235	18.4	58	16.1
Saint John	5 2	0 1	2 4	20 9	39 21	65 38	161 170	292	245	537	42.0	117	32.5
Woodstock	0 0	0 0	0 0	1 1	1 2	4 7	19 9	25	19	44	3.4	17	4.7
Males / Hommes	11	3	16	59	113	166	391	759					
% Total - Males/Hommes	0.9	0.2	1.3	4.6	8.8	13.0	30.6	59.4					
Females / Femmes	11	7	9	21	45	83	343		519	1,278	100.0	360	100.0
% Total - Females/ Femmes	0.9	0.5	0.7	1.6	3.5	6.5	26.9		40.6				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	22	10	25	80	158	249	734						
% of Classification Total / % pour total de la	1.7	0.8	2.0	6.3	12.4	19.4	57.4						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Natural Disease / Décès naturel à la suite de maladie	8	11	3	7	16	9	58	21	112	45	164	81	388	340	749	514	1,263	98.8	352	97.8
Chronic Use of Alcohol / Abus chronique de l'alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Therapeutic Misadventure / Réaction allergique à un médicament	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	3	3	6	0.4	3	0.8
Live Birth (1 day) / Bébé ayant vécu moins d'une journée	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0.2	1	0.3
Infectious Disease / Maladie infectieuse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	1	0.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Asphyxia / Asphyxie	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.1	0	0.0
Aspiration / Aspiration	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Drug / Drogue	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 1	0 0	1	1	2	0.2	2	0.5
Males / Hommes	11	3	16	59	113	166	391	759		1,278	100.0	360	100.0
Females / Femmes	11	7	9	21	45	83	343		519				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	22	10	25	80	158	249	734						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	2	0	2	0.2	1	0.3
Aircraft (on board) / Avion - passager	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Other Work Place / Autre lieu de travail	0 0	0 0	2 0	2 1	1 0	0 0	1 0	6	1	7	0.5	5	1.4
Community Residence / Établissement résidentiel communautaire	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 2	2	2	4	0.3	0	0.0
Unlicenced Residential Homes (retirement, rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1	1	2	0.2	0	0.0
Nursing Home / Foyers de soins	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 1	23 37	25	38	63	4.9	6	1.7
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 1	0 0	1 1	2 0	6 1	1 1	14 17	24	21	45	3.5	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 – 19 M H / F	20 – 30 M H / F	31 – 40 M H / F	41 – 50 M H / F	51 – 60 M H / F	61 – 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Rooming/Boarding House/Halfway Home/ Group Home / Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	4 7	2 5	13 6	38 18	81 33	131 65	269 228	538	362	900	70.4	285	79.2
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	0 0	0 0	2 0	1 1	4 0	5 1	12	2	14	1.1	5	1.4
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	2	0	2	0.2	2	0.5

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hospital Emergency NON DOA / Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	1 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 1	1 0	4	1	5	0.4	1	0.3
Hospital Operating Room / Salle d'opération	0 0	0 1	0 0	1 0	0 0	1 1	4 3	6	5	11	0.9	3	0.8
Hospital Post Op (recovery room) / Salle de réveil	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 2	2	2	4	0.3	1	0.3
Hospital – Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	6 3	1 1	0 1	6 2	11 8	18 13	51 46	93	74	167	13.1	30	8.3
Detoxification Centre / Centre de désintoxication	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	2 0	3	0	3	0.2	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	1 0	3	0	3	0.2	1	0.3
Police Prov. Jail/Detention Centre / Prison provinciale/centre de détention	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Urban outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	0 0	0 1	2 0	1 1	3 1	7 0	13	3	16	1.3	7	1.9
Rural outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiment ou des résidences)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	3	0	3	0.2	1	0.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
ATV driver – on public road / VTT conducteur - sur une route publique	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Public Road (driver) / Route publique (conducteur)	0 0	0 0	0 0	2 0	0 1	4 0	5 0	11	1	12	0.9	6	1.6
Public Road (passenger) / Route publique (passager)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 3	0	3	3	0.2	0	0.0
Public Road (pedestrian) / Route publique – (iéton)	0 0	0 0	0 0	1 0	3 0	0 0	0 2	4	2	6	0.4	2	0.5
Public Transit (bus, train, etc.) / Transport public (autobus, train, etc.)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.1	0	0.0
Males / Hommes	11	3	16	59	113	166	391	759		1,278	100.0	360	100.0
Females / Femmes	11	7	9	21	45	83	343		519				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	22	10	25	80	158	249	734						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE F-1 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU F-1

rom/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Fredericton	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	25.0	1	25.0
Saint John	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 1	1	1	2	50.0	2	50.0
Woodstock	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	25.0	1	25.0
Males / Hommes	0	1	0	0	1	0	0	2					
% Total - Males/Hommes	0.0	25.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	50.0					
Females / Femmes	1	0	0	0	0	0	1		2				
% Total - Females/ Femmes	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0		50.0				
										4	100.0	4	100.0
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	1	1	0	0	1	0	1						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	25.0	25.0	0.0	0.0	25.0	0.0	25.0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE F-2 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU F-2

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drug / Drogue	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	25.0	1	25.0
Fire – Structural / Incendie de bâtiments	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	50.0	2	50.0
Sudden Unexpected Death Syndrome / Syndrome de mort soudaine	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	25.0	1	25.0
Males / Hommes	0	1	0	0	1	0	0	2		4	100.0	4	100.0
Females / Femmes	1	0	0	0	0	0	1		2				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	1	1	0	0	1	0	1						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE F-3 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU F-3

from/de 2006.01.01 / to/au 2006.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0 1	1 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 1	2	2	4	100.0	4	100.0
Males / Hommes	0	1	0	0	1	0	0	2		4	100.0	4	100.0
Females / Femmes	1	0	0	0	0	0	1		2				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	1	1	0	0	1	0	1						

Schedule F

Undetermined Deaths
(Means of death impossible to determine)

There were five deaths classified as Undetermined.

One was in the Fredericton Judicial District:

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside residence
Age Group: 20- 30
Sex: Male
An autopsy was performed.

Two were in the Saint John Judicial District :

Case #1

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside residence
Age Group: 50 - 60
Sex: Male
An autopsy was performed.

Case #2

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside residence
Age Group: 80 - 90
Sex: Female
An autopsy was performed.

One was in the Woodstock Judicial District

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside residence
Age Group: 0 - 10
Sex: Female
An autopsy was performed.

Tableau F

Décès d'origine inconnue
(Moyen de décès impossible à déterminer)

Cinq décès ont été classés dans la catégorie de décès d'origine inconnue.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Fredericton :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : Dans une résidence
Groupe d'âge : 20 - 30
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Saint-Jean :

Premier cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : Dans une résidence
Groupe d'âge : 50 - 60
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Deuxième cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : Dans une résidence
Groupe d'âge : 80 - 90
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Woodstock :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : Dans une résidence
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Summary of Inquests and Recommendations

Two inquests were held during the reporting period. This report mentions the replies received by the Office of the Chief Coroner as of December 2007, in response to the recommendations on inquests conducted in 2006.

Inquest No. 1 - Kyle Debow

A coroner's inquest was held from June 26-29, 2006 in Moncton, New Brunswick into the death of Kyle Debow. A 12 year old boy, who had only recently learned to swim, he was visiting the Magic Mountain Water Park near Moncton on August 7, 2005. He was wearing a face-mask and playing in the wave pool accompanied by an 11 year old friend while his mother and other family members were visiting other areas of the park. At some point, he became separated from his friend for an undetermined period of time and was subsequently observed face-down and unresponsive in the water by another pool patron. The patron signalled for assistance and helped remove the boy from the water.

Lifeguard staff commenced emergency procedures including CPR, and 911 was alerted. The Moncton Fire Department and Emergency Medical Technicians (EMTs) responded accordingly and provided first responder and emergency care. The boy was transported to the Moncton Hospital where resuscitation efforts continued. He was admitted to the Intensive Care Unit where he died later that evening. The cause of death was determined to be drowning.

Witnesses to the events at Magic Mountain included two nurses and an anaesthetist who all offered their assistance while the lifeguards were performing CPR. The offers of assistance were declined by the lifeguard staff.

Résumé des enquêtes et des recommandations

Deux enquêtes ont été tenues au cours de la période couverte par ce rapport. On y trouve les réponses reçues par le Bureau du coroner décembre 2007 relativement aux recommandations effectuées lors des enquêtes menées au cours de année 2006.

Première enquête – Kyle Debow

Une enquête du coroner a été tenue du 26 au 29 juin 2006 à Moncton, au Nouveau-Brunswick, relativement au décès de Kyle Debow. Ce garçon de 12 ans, qui avait récemment appris à nager, se trouvait au parc aquatique Magic Mountain près de Moncton le 7 août 2005. Il portait un masque de plongée et jouait dans la piscine à vagues accompagné d'un ami de 11 ans, alors que sa mère et d'autres membres de sa famille se trouvaient ailleurs dans le parc. À un moment donné, lui et son ami ont été séparés pendant un certain temps et il a été trouvé inerte dans l'eau, sur le ventre, par un autre client du parc aquatique. L. client a demandé de l'assistance et l'a retiré de l'eau avec l'aide d'autres personnes.

Les sauveteurs ont entamé les mesures d'urgence, incluant la réanimation cardio-respiratoire et l'appel au service d'urgence 911. Le personnel du Service d'incendie de Moncton et des techniciens ambulanciers ont été dépêchés sur les lieux et ont fourni des soins d'intervention immédiate et d'urgence. L'adolescent a été transporté à l'hôpital de Moncton, où l'on a poursuivi les tentatives de réanimation. Il a été admis à l'unité des soins intensifs, où il est décédé plus tard en soirée. Il a été déterminé qu'il est décédé des suites d'une noyade.

Deux infirmières et un anesthésiste se trouvaient parmi les témoins qui ont assisté aux événements tragiques survenus au parc aquatique Magic Mountain. Ils ont offert leur aide aux sauveteurs effectuant les manœuvres de RCR, mais ces derniers ont refusé.

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

Issues that emerged in this case included an examination of the role of face masks in delaying the detection of an unresponsive pool patron, the involvement of health care personnel who are by-standers during an emergency response, and the ongoing importance of water safety education and learn to swim programs.

Recommendations of the jury:

1. That the Lifesaving Society's "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick" become legislated standards for the Province of New Brunswick.

2. More standards specific to wave pools be included in the "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick"

3. That recreational aquatic face masks be banned from all public aquatic facilities within the Province of N. B., except for when taking scuba diving lessons. Furthermore, that the Lifesaving Society add this to the "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick".

4. The Province of New Brunswick become more involved in promoting water safety in the Province by working hand in hand with Lifesaving Society.

5. As part of the N. B. education program, we recommend that the "Swim to Survive" program be implemented into the school curriculum as soon as possible. We further recommend upgrading the curriculum to include the "Learn to Swim" program.

Première enquête – Kyle Debow (suite)

Ce cas a soulevé un certain nombre de questions, notamment : la possibilité que le repérage d'un baigneur inanimé soit retardé si ce dernier porte un masque de plongée; le rôle de professionnels du domaine de la santé lorsqu'ils sont témoins d'une situation d'urgence; et l'importance des cours de natation et de l'éducation en matière de sécurité nautique.

Recommandations du jury :

1. Les principes directeurs de la Société de sauvetage concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick devraient devenir des normes ayant force de loi au Nouveau-Brunswick.

2. Davantage de normes au sujet des piscines à vagues devraient être intégrées aux principes directeurs concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick.

3. Les masques de plongée devraient être interdits dans tous les parcs aquatiques du Nouveau-Brunswick, sauf pour les cours de plongée autonome, et la Société de sauvetage devrait ajouter ce règlement aux principes directeurs concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick.

4. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick devrait contribuer davantage à favoriser la sécurité aquatique dans la province en collaborant avec la Société de sauvetage.

5. Le cours de base *Nager pour survivre* devrait être intégré au programme d'éducation du Nouveau-Brunswick dès que possible; de plus, un programme de cours de natation devrait aussi être inclus au programme scolaire et offert dans les écoles.

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

6. All public aquatic facilities have a crisis management plan implemented specific to that aquatic facility.

7. Duration of a lifeguard's shift be no longer than 8 hours.

8. Unannounced/unscheduled spot checks done on all lifeguards by a lifeguard supervisor and/or a National Lifeguard Service (NLS) trainer during regular operational duties.

9. Lifeguards working at Magic Mountain and all other waterpark facilities within N. B. have their NLS designation as well as "pool" and "waterpark" training. Lifeguards working at the wave pool have "surf" training as well.

10. Lifeguard station designated numbers for the wave pool at Magic Mountain should remain the same whether waves are on or off (i.e. wave 1 chair is always W1 chair).

11. Better education and signage to inform the patrons on water safety issues and usage of Personal Flotation Devices (PFDs).

12. All public aquatic facilities, as part of their ongoing lifeguard training, integrate firefighters and Emergency Medical Technicians (EMTs).

Première enquête – Kyle Debow (suite)

6. Tout parc aquatique public devrait avoir un plan de gestion des situations d'urgence conçu spécialement pour le parc en question.

7. Un sauveteur ne devrait pas travailler plus de huit heures par jour.

8. Des vérifications ponctuelles, imprévues et non planifiées du travail de chaque sauveteur devraient être faites par un superviseur ou par un instructeur de la Société de sauvetage pendant les heures de travail habituelles.

9. Les sauveteurs qui travaillent à Magic Mountain ou dans d'autres parcs aquatiques du Nouveau-Brunswick devraient avoir un certificat de sauveteur national (SN) avec option piscine et option parc aquatique. Les sauveteurs chargés de la surveillance d'une piscine à vagues devraient également avoir suivi l'option plage océanique.

10. Le numéro correspondant à chaque poste de sauveteur autour de la piscine à vagues devrait toujours demeurer le même, que la génératrice de vagues artificielles soit en marche ou non (par exemple, le poste vagues 1 demeure toujours le poste V1).

11. Un meilleur système d'affichage et d'instructions devrait être mis en place afin d'informer les clients sur la sécurité aquatique et sur l'usage des vêtements de flottaison individuels.

12. Des pompiers et des ambulanciers devraient participer à la formation continue des sauveteurs de tous les parcs aquatiques publics.

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

13. Implement a third rotation for first aid station duties only at Magic Mountain Waterpark.

Recommendation of the Presiding Coroner:

1. That the Lifesaving Society, New Brunswick Division, take a leadership role to convene dialogue among concerned groups such as the New Brunswick Medical Society, the Nurses Association of New Brunswick and all relevant first responder groups. The goal of the discussions is to achieve a mutual understanding of each others professional, legal and ethical obligations to take action in emergency situations where those with higher levels of credentials and training are at the scene as bystanders. The results of any such dialogue should be communicated among the membership of each concerned group.

The recommendations were forwarded for consideration by the Departments of Health, Public Safety, Local Government and Education. In addition to the proprietor of the water park, the recommendations were also forwarded to the Lifesaving Society, N. B. Nurses Association of N.B. and the N. B. Medical Society.

Recommendation #1

That the Lifesaving Society's "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick" become legislated standards for the Province of New Brunswick.

Première enquête – Kyle Debow (suite)

13. Il est recommandé d'ajouter une troisième rotation du personnel au poste de premiers soins (au parc aquatique Magic Mountain seulement).

Recommandation du coroner enquêteur :

1. La Division du Nouveau-Brunswick de la Société de sauvetage devrait prendre l'initiative de favoriser la communication entre les groupes concernés, dont la Société médicale du Nouveau-Brunswick, l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et d'autres groupes de premiers intervenants. Le but des discussions serait de s'entendre sur les obligations professionnelles, légales et éthiques de chacun pour ce qui est des mesures à prendre dans les cas où des personnes (autres que le personnel désigné) ayant une formation et des qualifications plus élevées sont présentes sur les lieux. Les résultats de ces discussions devront transmis aux membres de chaque groupe concerné.

Les recommandations ont été présentées aux ministères de la Santé, de la Sécurité publique, des Gouvernements locaux et de l'Éducation. En plus du propriétaire du parc aquatique, ces recommandations ont également été transmises à la Société de sauvetage, à l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick de même qu'à la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

Recommandation n° 1

Les principes directeurs de la Société de sauvetage concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick devraient devenir des normes ayant force de loi au Nouveau-Brunswick.

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

The Minister of Local Government advised that departmental officials have reviewed the Pool & Waterfront Guidelines. He recommends that the issue of standards, promotion and crisis management be reviewed by provincial departments (Public Safety, Health and Wellness, Culture & Sport), the Life Saving Society and owners/ operators of facilities. The Minister advised that his Department will serve as liaison to the municipalities and the unincorporated areas.

The Life Saving Society advises that they are updating the Pool & Waterfront Guidelines in conjunction with their national office to ensure all areas are addressed and consistent with other provinces before presenting it to the Province.

The management of Magic Mountain advises that they are applying current industry standards and will incorporate changes as standards evolve through the Life Saving Society and the Red Cross. Magic Mountain has a critical incident lifeguard response plan but is prepared to incorporate changes proposed by the Life Saving Society and the Red Cross.

Recommendation #2

More standards specific to wave pools be included in the "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick"

Première enquête – Kyle Debow (suite)

Le ministre des Gouvernements locaux a indiqué que les responsables de son ministère avaient revu les principes directeurs concernant les piscines et les plages. Il recommande que la question des normes, de la promotion et de la gestion des situations d'urgence soit examinée par divers ministères provinciaux (ministère de la Sécurité publique, ministère de la Santé, ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport) de même que par la Société de sauvetage et les propriétaires et exploitants de parcs aquatiques. e ministre a aussi indiqué que son ministère assurerait la liaison entre les municipalités et les régions non constituées en municipalité.

La Société de sauvetage a fait savoir qu'elle procédait à la mise à jour des principes directeurs concernant les piscines et les plages en collaboration avec son bureau national afin d'assurer la pertinence et l'uniformité, à l'échelle nationale, de toutes les questions traités dans ce document avant qu'il ne soit présenté aux responsables néo-brunswickois.

La direction de Magic Mountain a indiqué qu'elle applique les normes actuelles de l'industrie et qu'elle incorporera tout changement à ces normes effectué par l'intermédiaire de la Société de sauvetage et la Croix-Rouge. La direction de Magic Mountain possède déjà un plan de gestion des situations d'urgence pour les sauveteurs, mais s'est dite prête à y intégrer tout changement proposé par la Société de sauvetage et par la Croix-Rouge.

Recommandation n° 2

Davantage de normes au sujet des piscines à vagues devraient être intégrées aux principes directeurs concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick.

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

The Minister of Local Government advised that departmental officials have reviewed the Pool & Waterfront Guidelines. He recommends that the issue of standards, promotion and crisis management be reviewed by provincial departments (Public Safety, Health and Wellness, Culture & Sport), the Life Saving Society and owners/ operators of facilities. The Minister advised that his Department will serve as liaison to the municipalities and the unincorporated areas.

The Life Saving Society advises that they are updating the Pool & Waterfront Guidelines in conjunction with their national office to ensure all areas are addressed and consistent with other provinces before presenting it to the Province.

Recommendation #3

That recreational aquatic face masks be banned from all public aquatic facilities within the Province of N. B., except for when taking scuba diving lessons. Furthermore, that the Lifesaving Society add this to the "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick".

The Life Saving Society New Brunswick advises that this issue was fully researched as a result of this recommendation. The Society is about to finalize a position statement on the use of recreational facemasks. The position statement will outline the risks and request that individual facilities implement a voluntary ban despite the fact that there is no legal requirement to do so.

Première enquête – Kyle Debow (suite)

Le ministre des Gouvernements locaux a indiqué que les responsables de son ministère avaient revu les principes directeurs concernant les piscines et les plages. Il recommande que la question des normes, de la promotion et de la gestion des situations d'urgence soit examinée par divers ministères provinciaux (ministère de la Sécurité publique, ministère de la Santé, ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport) de même que par la Société de sauvetage et les propriétaires et exploitants de parcs aquatiques. Le ministre a aussi indiqué que son ministère assurerait la liaison entre les municipalités et les régions non constituées en municipalité.

La Société de sauvetage a fait savoir qu'elle procédait à la mise à jour des principes directeurs concernant les piscines et les plages en collaboration avec son bureau national afin d'assurer la pertinence et l'uniformité, à l'échelle nationale, de toutes les questions traités dans ce document avant qu'il ne soit présenté aux responsables néo-brunswickois.

Recommandation n° 3

Les masques de plongée devraient être interdits dans tous les parcs aquatiques du Nouveau-Brunswick, sauf pour les cours de plongée autonome, et la Société de sauvetage devrait ajouter ce règlement aux principes directeurs concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick.

La Société de sauvetage du Nouveau-Brunswick a indiqué que cette question avait été examinée de manière détaillée à la suite de la recommandation. La Société achève la version finale d'une déclaration sur l'utilisation des masques de plongée à des fins récréatives qui fera état des risques associés à cette pièce d'équipement et dans laquelle on demandera aux établissements privés d'interdire volontairement le port du masque, et ce, même si aucune mesure législative ne les y oblige.

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

The management of Magic Mountain advises they have banned the use of recreational facemasks with a covered nose piece.

Recommendation #4

The Province of New Brunswick become more involved in promoting water safety in the Province by working hand in hand with Lifesaving Society.

The Minister of Local Government advised that departmental officials have reviewed the Pool & Waterfront Guidelines. He recommends that the issue of standards, promotion and crisis management be reviewed by provincial departments (Public Safety, Health and Wellness, Culture & Sport), the Life Saving Society and owners/ operators of facilities. The Minister advised that his Department will serve as liaison to the municipalities and the unincorporated areas.

The Life Saving Society advises that they are updating the Pool & Waterfront Guidelines in conjunction with their national office to ensure all areas are addressed and consistent with other provinces before presenting it to the Province.

Recommendation #5

As part of the N. B. education program, we recommend that the "Swim to Survive" program be implemented into the school curriculum as soon as possible. We further recommend upgrading the curriculum to include the "Learn to Swim" program.

Première enquête – Kyle Debow (suite)

La direction de Magic Mountain a indiqué qu'elle a interdit le port des masques de plongée qui recouvrent le nez.

Recommandation n° 4

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick devrait contribuer davantage à favoriser la sécurité aquatique dans la province en collaborant avec la Société de sauvetage.

Le ministre des Gouvernements locaux a indiqué que les responsables de son ministère avaient revu les principes directeurs concernant les piscines et les plages. Il recommande que la question des normes, de la promotion et de la gestion des situations d'urgence soit examinée par divers ministères provinciaux (ministère de la Sécurité publique, ministère de la Santé, ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport) de même que par la Société de sauvetage et les propriétaires et exploitants de parcs aquatiques. Le ministre a aussi indiqué que son ministère assurerait la liaison entre les municipalités et les régions non constituées en municipalité.

La Société de sauvetage a fait savoir qu'elle procédait à la mise à jour des principes directeurs concernant les piscines et les plages en collaboration avec son bureau national afin d'assurer la pertinence et l'uniformité, à l'échelle nationale, de toutes les questions traités dans ce document avant qu'il ne soit présenté aux responsables néo-brunswickois.

Recommandation n° 5

Le cours de base *Nager pour survivre* devrait être intégré au programme d'éducation du Nouveau-Brunswick dès que possible; de plus, un programme de cours de natation devrait aussi être inclus au programme scolaire et offert dans les écoles.

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

The Life Saving Society advises that they continue to work with the Provincial Government as a funding source to promote water smart educational activities. The Society is currently seeking additional funding to expand these activities provincially, with an emphasis on rural communities. Their research shows that children in these areas are less likely to have access to aquatic safety instruction due to the lack of supervised facilities.

The Life Saving Society will continue to advocate incorporating "Swim to Survive" in the school curriculum.

The Minister of Education advises that many schools located near swimming pools incorporate swimming skills in their physical education program. However, many schools are not located in close proximity to pools. The travel time required would negatively impact on instructional time and pool rental fees would consume resources required for other curricular areas.

Therefore, the Minister of Education advises that, while the safety of children is a priority of the public education system, it is not feasible to integrate swimming lessons into the provincial school curriculum.

Recommendation #6

All public aquatic facilities have a crisis management plan implemented specific to that aquatic facility.

The Minister of Local Government advised that departmental officials have reviewed the Pool & Waterfront Guidelines. He recommends that the

Première enquête – Kyle Debow (suite)

La Société de sauvetage a indiqué qu'elle continue de travailler avec le gouvernement provincial en vue du financement d'activités éducatives sur la sécurité nautique. La Société cherche actuellement à obtenir un financement additionnel qui lui permettra d'étendre ces activités à l'échelle provinciale, particulièrement dans les communautés rurales. En effet, les recherches effectuées par la Société indiquent que les enfants des milieux ruraux sont moins susceptibles de bénéficier de cours de sécurité nautique en raison du manque d'endroits où l'on offre une surveillance adéquate.

La Société de sauvetage continuera de promouvoir l'ajout du cours intitulé *Nager pour survivre* au programme scolaire.

Le ministre de l'Éducation a fait remarquer que plusieurs écoles situées près de piscines publiques ont déjà intégré des cours de sécurité nautique à leur programme. Malheureusement, bon nombre d'écoles ne sont pas situées près d'une piscine et le temps requis pour s'y rendre aurait une incidence négative sur le temps alloué à l'activité. En outre, les frais de location de la piscine obligeraient ces écoles à réduire les ressources consacrées à d'autres activités scolaires.

Pour cette raison, le ministre de l'Éducation affirme qu'il n'est pas possible d'intégrer des cours de natation au programme scolaire provincial, et ce, même si assurer la sécurité des enfants constitue une priorité pour le système d'éducation public.

Recommandation n° 6

Tout parc aquatique public devrait avoir un plan de gestion des situations d'urgence conçu spécialement pour le parc en question.

Le ministre des Gouvernements locaux a indiqué que les responsables de son ministère avaient revu les principes directeurs concernant les piscines et

issue of standards, promotion and crisis management be reviewed by provincial departments (Public Safety, Health and Wellness, Culture & Sport), the Life Saving Society and owners/ operators of facilities. The Minister advised that his Department will serve as liaison to the municipalities and the unincorporated areas.

The Life Saving Society advises that they are updating the Pool & Waterfront Guidelines in conjunction with their national office to ensure all areas are addressed and consistent with other provinces before presenting it to the Province.

The management of Magic Mountain advises that they are applying current industry standards and will incorporate changes as standards evolve through the Life Saving Society and the Red Cross. Magic Mountain has a critical incident lifeguard response plan but is prepared to incorporate changes proposed by the Life Saving Society and the Red Cross.

Recommendation #7

Duration of a lifeguard's shift be no longer than 8 hours.

Magic Mountain advises that they are prepared to incorporate any changes proposed in the standards dealing with shift duration, supervision and first aid station duties, in addition to their current practices.

les plages. Il recommande que la question des normes, de la promotion et de la gestion des situations d'urgence soit examinée par divers ministères provinciaux (ministère de la Sécurité publique, ministère de la Santé, ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport) de même que par la Société de sauvetage et les propriétaires et exploitants de parcs aquatiques. Le ministre a aussi indiqué que son ministère assurerait la liaison entre les municipalités et les régions non constituées en municipalité.

La Société de sauvetage a fait savoir qu'elle procédait à la mise à jour des principes directeurs concernant les piscines et les plages en collaboration avec son bureau national afin d'assurer la pertinence et l'uniformité, à l'échelle nationale, de toutes les questions traités dans ce document avant qu'il ne soit présenté aux responsables néo-brunswickois.

La direction de Magic Mountain a indiqué qu'elle applique les normes actuelles de l'industrie et qu'elle incorporera tout changement à ces normes effectué par l'intermédiaire de la Société de sauvetage et la Croix-Rouge. La direction de Magic Mountain possède déjà un plan de gestion des situations d'urgence pour les sauveteurs, mais s'est dite prête à y intégrer tout changement proposé par la Société de sauvetage et par la Croix-Rouge.

Recommandation n° 7

Un sauveteur ne devrait pas travailler plus de huit heures par jour.

La direction de Magic Mountain a indiqué qu'elle est prête à incorporer tout changement proposé aux normes relatives à la durée des quarts de travail, à la supervision du personnel ainsi qu'aux tâches associées aux postes de premiers soins à leurs pratiques actuelles.

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

Recommendation #8

Unannounced/unscheduled spot checks done on all lifeguards by a lifeguard supervisor and/or an NLS trainer during regular operational duties.

Magic Mountain advises that they are prepared to incorporate any changes proposed in the standards dealing with shift duration, supervision and first aid station duties, in addition to their current practices.

Recommendation #9

Lifeguards working at Magic Mountain and all other waterpark facilities within N. B. have their NLS designation as well as "pool" and "waterpark" training. Lifeguards working at the wave pool have "surf" training as well.

Magic Mountain is prepared to consider recommendations on surf training from Life Saving Society and Red Cross that are appropriate to the water park.

Recommendation #10

Lifeguard station designated numbers for the wave pool at Magic Mountain should remain the same whether waves are on or off (i.e. wave 1 chair is always W1 chair).

Première enquête – Kyle Debow (suite)

Recommandation n° 8

Des vérifications ponctuelles, imprévues et non planifiées du travail de chaque sauveteur devraient être faites par un superviseur ou par un instructeur de la Société de sauvetage pendant les heures de travail habituelles.

La direction de Magic Mountain a indiqué qu'elle est prête à incorporer tout changement proposé aux normes relatives à la durée des quarts de travail, à la supervision du personnel ainsi qu'aux tâches associées aux postes de premiers soins à leurs pratiques actuelles.

Recommandation n° 9

Les sauveteurs qui travaillent à Magic Mountain ou dans d'autres parcs aquatiques du Nouveau-Brunswick devraient avoir un certificat de sauveteur national (SN) avec option piscine et option parc aquatique. Les sauveteurs chargés de la surveillance d'une piscine à vagues devraient également avoir suivi l'option plage océanique.

La direction de Magic Mountain s'est aussi dite prête à considérer la recommandation relative à l'option plage océanique en matière de formation des sauveteurs de parcs aquatiques. Cette recommandation avait été effectuée par la Société de sauvetage et par la Croix-Rouge.

Recommandation n° 10

Le numéro correspondant à chaque poste de sauveteur autour de la piscine à vagues devrait toujours demeurer le même, que la génératrice de vagues artificielles soit en marche ou non (par exemple, le poste vagues 1 demeure toujours le poste V1).

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

Magic Mountain is prepared to consider recommendations on surf training from Life Saving Society and Red Cross that are appropriate to the water park.

This recommendation has been incorporated into Magic Mountain's training.

Recommendation #11

Better education and signage to inform the patrons on water safety issues and usage of PFDs.

There was no specific response on this issue.

Recommendation #12

All public aquatic facilities, as part of their ongoing lifeguard training, integrate firefighters and EMTs.

The Minister of Public Safety advised that not all fire departments offer Medical First Responder services in their communities. Those who do are located in the southern part of the Province and are equipped with specialized equipment, including an automatic external defibrillator and oxygen. Their staff has advanced first aid training and can act as primary care providers until professional assistance, such as EMTS, arrive on the scene.

Première enquête – Kyle Debow (suite)

La direction de Magic Mountain s'est aussi dite prête à considérer la recommandation relative à l'option plage océanique en matière de formation des sauveteurs de parcs aquatiques. Cette recommandation avait été effectuée par la Société de sauvetage et par la Croix-Rouge.

Cette recommandation a déjà été incorporée dans la formation offerte à Magic Mountain.

Recommandation n° 11

Un meilleur système d'affichage et d'instructions devrait être mis en place afin d'informer les clients sur la sécurité aquatique et sur l'usage des vêtements de flottaison individuels.

Aucune réponse particulière n'a été donnée relativement à cette question.

Recommandation n° 12

Des pompiers et des ambulanciers devraient participer à la formation continue des sauveteurs de tous les parcs aquatiques publics.

Le ministre de la Sécurité publique a indiqué que tous les postes de pompiers n'offrent pas des services d'intervenants de premiers secours dans leur communauté. Les postes de pompiers qui offrent de tels services sont situés dans le sud de la province et disposent d'équipements spécialisés incluant un défibrillateur externe automatisé et une bombonne d'oxygène. Le personnel de ces services a reçu une formation en premiers soins poussée et peut agir à titre de prestataire de soins primaires jusqu'à l'arrivée sur les lieux des professionnels, comme par exemple les techniciens d'urgence médicale.

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

The Minister of Public Safety confirmed that where these services are provided, the fire chiefs are prepared to have staff participate in a life guard training program. The Minister supports this recommendation and will advocate common training sessions between fire departments who provide Medical First Responder services and persons responsible for public aquatic facilities.

The Life Saving Society advises they have worked with management of the water park to ensure lifeguards have received the recommended training.

This recommendation was also forwarded to the Minister of Health who requested further clarification and discussion with Ambulance Services.

Recommendation #13

Implementing a third rotation for first aid station duties only at Magic Mountain Waterpark.

Magic Mountain advises that they are prepared to incorporate any changes proposed in the standards dealing with shift duration, supervision and first aid station duties, in addition to their current practices.

Recommendation of the Presiding Coroner

(Emergency response by bystanders with advanced life support credentials.)

Première enquête – Kyle Debow (suite)

Le ministre de la Sécurité publique a confirmé que là où de tels services sont offerts, les chefs de pompiers consentent à ce que leur personnel participe à un programme de formation de maître-nageur. Le ministre appuie cette recommandation et préconisera la tenue de séances de formation conjointes réunissant les intervenants de premiers secours des postes de pompiers et les responsables de parcs aquatiques publics.

La Société de sauvetage a indiqué qu'elle avait travaillé en collaboration avec la direction du parc aquatique afin de s'assurer que les maîtres-nageurs reçoivent une formation appropriée.

Cette recommandation a également été transmise au ministre de la Santé, qui avait demandé qu'on clarifie et qu'on discute plus avant de cette question avec les Services d'ambulance.

Recommandation n° 13

Il est recommandé d'ajouter une troisième rotation du personnel au poste de premiers soins (au parc aquatique Magic Mountain seulement).

La direction de Magic Mountain a indiqué qu'elle est prête à incorporer tout changement proposé aux normes relatives à la durée des quarts de travail, à la supervision du personnel ainsi qu'aux tâches associées aux postes de premiers soins à leurs pratiques actuelles.

Recommandation du coroner enquêteur

(Intervention d'urgence par des personnes déjà sur les lieux qui ont des titres de compétences rattachés aux techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales.)

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

That the Lifesaving Society, New Brunswick Division, take a leadership role to convene dialogue among concerned groups such as the New Brunswick Medical Society, the Nurses Association of New Brunswick. The goal of the discussions is to achieve a mutual understanding of each others professional, legal and ethical obligations to take action in emergency situations where those with higher levels of credentials and training are at the scene as bystanders and that the results of any such dialogue be communicated among the membership of each concerned group.

The N.B. Medical Society committed to initiate a discussion between these groups and prepare an educational message for distribution to the Medical Society membership in one of its regular publications.

At the time of publication, there was no response from the Nurses Association of New Brunswick.

The Life Saving Society advises that they have begun work with professional bodies on the roles of their trained professionals who are bystanders in emergency situations. The number of stakeholders and range of opinions on this issue have presented challenges but the dialogue will result in better working relationships and role clarity in emergency situations.

Première enquête – Kyle Debow (suite)

La Division du Nouveau-Brunswick de la Société de sauvetage devrait prendre l'initiative de favoriser la communication entre les groupes concernés, dont la Société médicale du Nouveau-Brunswick, l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et d'autres groupes de premiers intervenants. Le but des discussions serait de s'entendre sur les obligations professionnelles, légales et éthiques de chacun pour ce qui est des mesures à prendre dans les cas où des personnes (autres que le personnel désigné) ayant une formation et des qualifications plus élevées sont présentes sur les lieux. Les résultats de ces discussions seront transmis aux membres de chaque groupe concerné.

La Société médicale du Nouveau-Brunswick s'est engagée à amorcer une discussion entre ces groupes et à préparer un message éducatif qui sera transmis à tous ses membres par l'intermédiaire d'une de ses publications régulières.

Au moment de la publication du présent document, nous n'avions pas reçu de réponse de la part de l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick.

La Société de sauvetage a indiqué qu'elle avait commencé à travailler en collaboration avec différents corps professionnels afin de déterminer quel rôle ces personnes peuvent être appelées à jouer en cas d'urgence. Le nombre d'intervenants et d'opinions inhérents à ce dossier a présenté quelques difficultés, mais l'on croit que ce dialogue permettra d'établir une meilleure collaboration entre les différentes instances en présence de même que de clarifier le rôle de chacun en cas d'urgence.

Inquest No. 1 – Kyle Debow continued

The management of Magic Mountain Water Park are prepared to accept assistance in a first aid situation, provided the issue of how to deal with unidentifiable bystanders without credentials can be addressed.

During the course of the investigation, information came to light on the risks of breath holding games called "shallow water blackout". Magic Mountain posted bilingual signs at their facility warning of the dangers of this practice.

Inquest No. 2 – Lillian Mullin

A coroner's inquest was held from November 30-December 8, 2006, into the death of this 78 year old female who died on February 15, 2005. Mrs. Mullin had lived independently, with assistance from family members. She had a history of health problems including Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), congestive heart failure, chronic renal failure, atrial fibrillation and was chronically anemic and oxygen dependent. She had regular visits with her family doctor since early 2004 and by late 2004 was being treated with antibiotics for ulcerated feet. During this period, she also received home care through the Extra-mural program, primarily for respiratory therapy.

Première enquête – Kyle Debow (suite)

La direction du parc aquatique Magic Mountain s'est dite prête à accepter de l'aide extérieure en cas d'urgence, à condition toutefois que l'on règle la question relative à l'intervention de tiers dont il est impossible de vérifier les compétences.

Au cours de l'enquête, on s'est interrogé sur la question des risques posés par les jeux qui consistent à retenir sa respiration sous l'eau le plus longtemps possible. La direction de Magic Mountain a posé des affiches bilingues sur les dangers inhérents à de tels jeux.

Deuxième enquête – Lillian Mulliln

Une enquête du coroner a été tenue du 30 novembre au 8 décembre 2006 relativement au décès de cette femme le 15 février 2005 à l'âge de 78 ans. Elle vivait seule, mais recevait de l'aide de membres de sa famille. Elle éprouvait des problèmes de santé, dont maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque congestive, insuffisance rénale chronique et fibrillation auriculaire. Elle souffrait également d'anémie chronique et était dépendante de l'oxygène. Elle visitait régulièrement son médecin de famille depuis le début de 2004 et vers la fin de cette année, elle suivait un traitement d'antibiotiques pour des ulcérations aux pieds. Au cours de cette période, elle recevait des soins à la maison fournis par le personnel du Programme extra-mural, principalement une thérapie respiratoire.

Inquest No. 2 – Lillian Mullin continued

On December 7, 2004, Mrs. Mullin presented to hospital emergency department with sudden onset of abdominal pain, vomiting and diarrhea. Her vital signs revealed that she was tachypneic and tachycardic but she was assessed and discharged without further investigations. On February 13, 2005, she reported to the hospital emergency department because of frequent diarrhea for a five day period and abdominal pain. On this occasion, her vital signs were normal but she reported pain of 9-10 on a scale of 1-10. She was assessed and discharged without further investigations. She returned the following day and died shortly after arrival.

The complete medical history on this case was reviewed during the course of the coroner's investigation by a committee of experts on geriatric/long-term care. The expert reviewer provided testimony at the inquest on their case review. He testified that after their analysis of the hospital record, the committee was satisfied that the record of care reflected sound practice and conclusions. However, there were two hospital visits of significance in the months prior to her death that raised issues of concern and the potential for recommendations.

Testimony at the inquest dealt with the initial diagnosis, the decisions to release her without investigations, the significance of the antibiotic therapy given her problems with diarrhea, the fact that the Emergency Room had declared a Code Orange due to overcrowding, staffing shortages, communication between the extra-mural staff and

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

Le 7 décembre 2004, elle s'est présentée au service des urgences de l'hôpital à la suite d'une apparition soudaine de douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée. Un examen de ses signes vitaux a permis de constater qu'elle souffrait de tachypnée et de tachycardie, mais elle a reçu son congé après avoir été évaluée sans subir d'autres examens. Elle s'est présentée à nouveau au service des urgences de l'hôpital le 13 février 2005, signalant qu'elle avait la diarrhée et des douleurs abdominales fréquemment depuis cinq jours. Cette fois-ci, ses signes vitaux étaient normaux et elle a évalué ses douleurs à 9 sur une échelle de 1 à 10. Elle a été évaluée et a reçu son congé sans subir d'autres examens. Elle est retournée à l'hôpital le lendemain et est décédée peu de temps après son arrivée sur les lieux.

Dans le cadre de l'enquête du coroner, un comité d'experts en soins gériatriques et de longue durée a examiné l'ensemble de ses antécédents médicaux. L'expert examinateur a témoigné sur son étude du dossier à l'enquête. Il a déclaré que le comité avait examiné les dossiers d'hôpital et était convaincu que la documentation sur les soins fournis fait état de pratiques et de conclusions valables. Cependant, deux importantes visites à l'hôpital dans les mois précédant son décès ont soulevé des préoccupations qui pourraient donner suite à des recommandations.

Les témoignages à l'enquête portaient sur le diagnostic initial, les décisions de lui donner son congé sans lui faire subir d'autres examens, les répercussions du traitement aux antibiotiques compte tenu de ses problèmes de diarrhée, le fait que le service des urgences avait déclaré un code orange en raison du nombre élevé de patients, la

Inquest No. 2 – Lillian Mullin continued

the family doctor and the authority of the extra-mural staff to admit patients. A significant area of interest was whether an ischemic bowel or Clostridium difficile-associated diarrhea (an intestinal bacterial infection) caused the death, since an infection might have responded to drug treatment. The autopsy protocol in use at the time did not provide for taking a stool sample, which was later identified as essential in establishing the source of the infection.

After hearing expert testimony, the jury concluded that the death could be attributed to ischemic bowel due to hypotension, due to dehydration and sepsis, due to diarrhea, etiology unknown. Although there were other significant conditions which contributed to the death, they were not causally related. These included renal failure, coronary artery disease, peripheral vascular disease, oxygen and steroid dependent obstructive pulmonary disease, obesity and hypertension. The manner of death was classified as a natural death.

The jury made five recommendations regarding actions taken by the Atlantic Sciences Health Corporation (AHSC), actions recommended by the Ontario Geriatric/Long Term Care Review Committee, autopsy policy and services in the Emergency Room. The recommendations made by the AHSC were adopted in their entirety and are

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

pénurie de personnel, la communication entre le personnel du Programme extra-mural et le médecin de famille, ainsi que l'autorité du personnel du Programme extra-mural d'admettre des patients. Une question a particulièrement attiré l'attention du comité, qui se demandait si une ischémie intestinale ou une diarrhée associée au Clostridium difficile (infection bactérienne intestinale) avait causé sa mort, puisqu'un traitement aux médicaments aurait pu entraîner une infection. Le protocole qui était alors en vigueur pour les autopsies n'exigeait pas la prise d'un échantillon de selles, ce qui a plus tard été déterminé comme étant une procédure essentielle pour déterminer la source d'une infection.

Après avoir entendu le témoignage d'experts, le jury a conclu que le décès était attribuable à une ischémie intestinale des suites d'hypotension artérielle, de déshydratation et d'une septicémie, et de diarrhée, dont l'étiologie est inconnue. Bien que d'autres facteurs importants aient contribué à son décès, ils n'en n'étaient pas la cause. Ces facteurs comprennent insuffisance rénale, coronaropathie, maladie vasculaire périphérique, maladie pulmonaire chronique traitée à l'oxygène et aux stéroïdes, obésité et hypertension artérielle. Il a été déterminé que la dame était décédée de causes naturelles.

Le jury a formulé cinq recommandations concernant les mesures prises par la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA), les mesures prises par le comité d'examen des soins gériatriques et à long terme de l'Ontario, ainsi que la marche à suivre pour les autopsies et les services aux urgences. Toutes les recommandations formulées

listed as 1.1-1.14. The recommendations from the Geriatric/Long Term Care Review Committee are listed as 1.15-1.18. The jury adopted recommendations from experts on autopsy policy (2.1-2.4) and services in the Emergency Room (3.1-3.2). For ease of reference, the jury's recommendations are cited first, followed by the recommendations, and supporting rationale, as submitted by experts during testimony.

Recommendations of the Jury:

1. We, the jurors, accept all recommendations of Atlantic Health Sciences Corporation (AHSC) and the Ontario Geriatric/Longterm Care Review Committee. We the jury feel that number 12 of the recommendation list should be the first priority "Expansion of Emergency Department".

2. We, the jury, accept the recommendations regarding Autopsies.

3. We, the jury, accept the recommendations regarding the Emergency Room, with the exception that the time limit be kept at 30 minutes, as 15 minutes is not long enough (regarding standard response time to a STAT request).

par la CSSA ont été adoptées sans réserve et sont numérotées de 1.1 à 1.14. Les recommandations du comité d'examen des soins gériatriques et à long terme sont numérotées de 1.15 à 1.18. Le jury a adopté les recommandations formulées par des experts sur la marche à suivre en matière d'autopsies (de 2.1 à 2.4) et sur les services aux urgences (3.1 et 3.2). Pour qu'il soit plus facile de s'y référer, les recommandations du jury ont été placées en premier, suivies des recommandations et des justifications présentées par les experts durant leur témoignage.

Recommandations du jury :

1. Nous, les jurés, acceptons toutes les recommandations de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA) et du Geriatric/Longterm Care Review Committee de l'Ontario. Nous, les jurés, considérons que la recommandation numéro 12 sur l'« agrandissement du service d'urgence » devrait être considérée comme la première priorité.

2. Nous, les jurés, acceptons les recommandations relativement aux autopsies.

3. Nous, les membres du jury, acceptons les recommandations portant sur les services aux urgences, sauf pour le délai de réponse standard à une demande d'analyse d'urgence, qui doit demeurer à 30 minutes, car un délai de 15 minutes n'est pas suffisant.

Inquest No. 2 – Lillian Mullin continued

Recruitment and Retention of Doctoral Staff in every area

4. We, the jury, would also like to recommend a long term plan to implement provincially funded nursing homes and long term care facilities with the absolute knowledge of our aging and diverse population.

5. We, the jury, would also like to recommend recruitment and retention of doctoral staff in every area.

Recommendations (AHSC) – Jury Recommendation #1

AHSC 1.1 That the Extra-Mural nursing program for the Province of New Brunswick develop and implement a self-education module on Clostridium difficile-associated diarrhea for its staff.

Issue/Rationale: The prevalence of this infection, its mode of transmission, signs and symptoms and its potential lethality should be communicated to frontline health care providers.

AHSC 1.2 That the Extra-Mural nursing program for the Province of New Brunswick develop and implement a self-education module on the parameters of normal and abnormal vital signs for its staff.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

Recrutement et maintien en poste du personnel médical dans chaque domaine

4. Nous, les jurés, souhaitons également recommander un plan à long terme pour la mise en place des foyers de soins et d'établissements de soins de longue durée financés par le gouvernement provincial puisqu'il est certain que notre population vieillit et se diversifie.

5. Nous, les jurés, aimerions également recommander le recrutement et le maintien en poste du personnel médical dans chaque domaine.

Recommandations (CSSA) –Recommandation n° 1 du jury

CSSA 1.1 Que le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick élabore et mette en œuvre à l'intention de son personnel un module d'apprentissage autonome sur la diarrhée associée au *Colostridium difficile*.

Enjeu/justification. La fréquence de cette infection, son mode de transmission, ses signes et symptômes et sa létalité potentielle devraient être expliqués aux fournisseurs de soins de santé de première ligne.

CSSA 1.2 Que le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick élabore et mette en place à l'intention de son personnel un module d'apprentissage autonome sur les paramètres des signes vitaux normaux et anormaux.

Inquest No. 2 – Lillian Mullin continued

AHSC 1.3 That the Physician-Liaison to the Extra-Mural nursing program develop a medical directive regarding the timely disposition of patients with abnormal vital signs.

Issue/Rationale: Mrs. Mullin was examined and found to have markedly abnormal vital signs at 1000 hours on February 14, 2005. Efforts were made to communicate them to the family physician. Parameters that suggest the immediate need for intensive patient monitoring have been developed [Guidelines for ICU Admission, Discharge and Triage, Critical Care Med 1999 Mar 27(3) 633-638]. A medical directive allowing the nurse to send Ms. Mullin directly to hospital would have expedited her care.

AHSC 1.4 That the Chief of Emergency Medicine at the Regional Hospital conduct multi-disciplinary educational rounds on the management of abdominal pain focusing on differential diagnosis of patients and appropriate laboratory investigations of patients based on age.

AHSC 1.5 The need of a consistent, reliable method of communication between the Extra-Mural Hospital and physician.

AHSC 1.6 That Extra-Mural Hospital staff are made aware of processes in place to alert physicians about priority calls, eg physician cell phone numbers, Community Health Centre process for urgent calls and Emergency Department triplicate form used with Extra-Mural Hospital referrals and Locating.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

CSSA 1.3 Que le médecin responsable de la liaison avec le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural élabore une directive médicale concernant les mesures à prendre dans des délais raisonnables pour les clients dont les signes vitaux sont anormaux.

Enjeu/justification : M^me^ Mullin a été examinée le 14 février 2005 à 10 heures. On a constaté que ses signes vitaux étaient manifestement anormaux. Des efforts ont été faits pour transmettre ces renseignements au médecin de famille. Des paramètres qui indiquent le besoin immédiat de surveillance intensive d'un client ont été élaborés. [*Guidelines for ICU Admission, Discharge and Triage*, Critical Care Med. 1999, March; 27(3): 633-638]. Une directive médicale autorisant le personnel infirmier à orienter M^me^ Mullin directement vers l'hôpital aurait accéléré la prestation des soins.

CSSA 1.4 Que le chef de médecine d'urgence de l'hôpital régional effectue des tournées de formation multidisciplinaire sur la gestion de la douleur abdominale en mettant l'accent sur un diagnostic différentiel et des analyses de laboratoire appropriées selon l'âge du client.

CSSA 1.5 Que l'on établisse une méthode de communication cohérente et fiable entre l'Hôpital extra-mural et le médecin.

CSSA 1.6 Que le personnel de l'Hôpital extra-mural soit renseigné sur les processus en place pour alerter les médecins au sujet des appels prioritaires, par exemple les numéros de téléphone cellulaire des médecins, le processus du Centre de santé communautaire pour les appels urgents et le formulaire en trois exemplaires du service d'urgence employé pour orienter des patients à l'Hôpital extra-mural et le système de localisation de médecin.

Inquest No. 2 – Lillian Mullin continued

AHSC 1.7 That the Emergency Department provide a transfer back note from the Emergency Department to the Extra-Mural Hospital when it is determined that the patient is an Extra-Mural Hospital patient.

Issue/Rationale: Currently, the Extra-Mural Hospital does not receive information from AHSC when an Extra-Mural Hospital patient goes to the Emergency Department but the family physician does. The Extra-Mural Hospital can send liaison to Emergency Department to get the chart, but only if they are aware.

AHSC 1.8 Appropriate dissemination of information provided by the Extra-Mural Hospital to the Emergency Department.

Issue/Rationale: While the Extra-Mural Hospital RN was urging Mrs. Mullin to go to the Emergency Department, she had also called a secretary in ER as an advance heads-up. There is no indication in the ER chart that any discussion was held - assumption is made that nothing was relayed to the ER physician with respect to the changes in her condition.

AHSC 1.9 Full integration of charts as soon as possible. Ultimately, regardless of what piece of the chart you access, it should be one record and the appropriate access should be given.

Issue/Rationale: Currently, 65% of health records is electronic and the balance is either handwritten or dictated notes. Clinic records are separate and kept in respective clinics. The Emergency Department is paper based, separate and kept within the Emergency Department. Extra-Mural Hospital is

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

AHSC 1.7 Que le service d'urgence fournisse une note indiquant que le client à été retourné du service d'urgence à l'Hôpital extra-mural lorsqu'il est déterminé que le cas doit être traité par ce dernier.

Enjeu/justification. Actuellement, l'Hôpital extra-mural n'est pas informé par la CSSA lorsqu'un de ses clients se rend au service d'urgence, mais le médecin de famille l'est. L'Hôpital extra-mural peut envoyer la personne responsable de la liaison avec le service d'urgence pour obtenir le dossier, mais il doit d'abord être informé de la situation.

CSSA 1.8 Que les renseignements fournis par l'Hôpital extra-mural soient diffusés au service d'urgence comme il se doit.

Enjeu/justification. L'infirmière de l'Hôpital extra-mural a incité M^me^ Mullin à se rendre au service d'urgence et elle a également appelé une secrétaire du service d'urgence pour l'informer de l'arrivée de la cliente. Rien n'indique un tel échange au dossier de l'urgence. On suppose que l'information concernant les modifications de l'état de la cliente n'a pas été transmise au médecin de l'urgence.

CSSA 1.9 Que l'intégration des dossiers soit complétée le plus rapidement possible. En bout de ligne, quelle que soit la partie du dossier consultée, il devrait y avoir un seul dossier pour lequel il faudrait obtenir l'accès approprié.

Enjeu/justification : À l'heure actuelle, 65 p. 100 des dossiers médicaux sont sur support électronique; le reste est consigné par écrit ou au dictaphone. Les dossiers des cliniques sont conservés séparément par chaque clinique. Les dossiers du service des urgences sont sur papier et

Inquest No. 2 – Lillian Mullin continued

paper based (with the exception of Sussex, which is wireless and remote), separate and kept within the Extra-Mural Hospital. The last three years of records are kept in the Emergency Department. Sussex Extra-Mural Hospital is keeping charts on line but they cannot yet connect to SJRH. Note: The Saint John Regional Hospital was the first computerized hospital in Canada, but they are now using obsolete technology. Currently, and since approximately July 2006 the Extra-mural staff is able to access blood reports.

AHCS 1.10 Development of an electronic system for management of Emergency Department referrals and responses.

Issue/Rationale: Emergency Department referrals can be from any physician, the Community Health Centre, Public Health, Mental Health, Extra Mural. Information maybe written in book and taken to triage nurse so when patient arrives they can be appropriately directed, for e.g., to Heart Centre -- sometimes the patient arrives without speaking to a doctor - sometimes an urgent referral is called in but the patient doesn't arrive. A system is required for better management of referrals.

AHCS 1.11 Development of a doctor on-call schedule whereby an additional Emergency Department physician can be called for assistance when Code Orange status is escalating.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

conservés à l'unité des urgences. Les dossiers du Programme extra-mural sont conservés sur papier, séparément et à l'interne (sauf à Sussex, où les dossiers sont électroniques et accessibles à distance au moyen d'appareils sans fil). Les dossiers des trois dernières années sont conservés au service des urgences. À Sussex, le Programme extra-mural conserve des dossiers en ligne mais n'a pas d'interface avec l'Hôpital régional de Saint John. Remarque : L'Hôpital régional de Saint John a été le premier établissement hospitalier du pays à informatiser ses dossiers, mais la technologie qui y est utilisée est maintenant désuète. Le personnel du Programme extra-mural a accès aux rapports d'analyse sanguine depuis juillet 2006 environ.

CSSA 1.10 Qu'un système électronique soit élaboré pour la gestion des cas orientés vers le service d'urgence et des mesures prises par celui-ci.

Enjeu/justification. Les cas peuvent être orientés vers le service d'urgence par n'importe quel médecin, le Centre de santé communautaire, la Santé publique, la Santé mentale ou le Programme extra-mural. Des renseignements peuvent être écrits dans un registre et apportés à l'infirmière de triage afin que le client puisse être orienté convenablement à son arrivée, par exemple vers le Centre cardiaque. Parfois un client se présente sans avoir parlé à un médecin. D'autres fois, un client ayant un problème urgent est appelé mais il ne se présente pas. Il faut un système pour mieux gérer les cas orientés vers le service d'urgence.

CSSA 1.11 Qu'un horaire sur appel soit élaboré pour les médecins afin de permettre à un autre médecin du service d'urgence d'être appelé pour aider ses collègues en cas de Code orange, si la situation s'aggrave.

Inquest No. 2 – Lillian Mullin continued

AHCS 1.12 The Emergency Department must be expanded to accommodate current and future patient populations.

Issue/Rationale: They see 60,-63,000 patients per year in a space which was designed for 20,-25,000.

AHCS 1.13 Determination of nursing workload and staffing levels in Emergency Departments on a priority basis and the development and implementation of Emergency Department nursing workload and staffing standards.

AHSC 1.14 Comprehensive questionnaire should be completed by physician and/or Coroner prior to requesting autopsy with clear indication of the issues, questions, concerns to be addressed during post mortem, and accompany remains to morgue.

Recommendations from the Ontario Geriatric/Long Term Care Review Committee (page 19):

1.15 That the Extra-Mural nursing program for the Province of New Brunswick develops and implements a self-education module on Clostridium difficile-associated diarrhea for its staff.

Rationale:

The prevalence of this infection, its mode of transmission, signs and symptoms and its potential lethality should be communicated to frontline health care providers.

1.16 That the Extra-Mural nursing program for the Province of New Brunswick develops and implements a self-education module on the parameters of normal and abnormal vital signs for its staff.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

CSSA 1.12 Que le service d'urgence soit agrandi afin de répondre aux besoins de la clientèle actuelle et à venir.

Enjeu/justification : Le service d'urgence reçoit de 60 000 à 63 000 clients par année dans un espace prévu pour en recevoir entre 20 000 et 25 000.

CSSA 1.13 Que la charge de travail et le niveau de dotation du personnel infirmier du service d'urgence soient déterminés de manière prioritaire et que des normes à cet effet soient établies et mises en application.

CSSA 1.14 Avant de demander une autopsie, le médecin ou le coroner devrait remplir un questionnaire complet précisant clairement les points, les questions et les préoccupations à considérer au cours de l'autopsie; ce formulaire devrait être envoyé à la morgue avec le corps.

Recommandations du Geriatric/Long Term Care Review Committee de l'Ontario (page 19) :

1.15 Que le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick élabore et mette en œuvre à l'intention de son personnel un module d'apprentissage autonome sur la diarrhée associée au *Clostridium difficile*.

Justification

La fréquence de cette infection, son mode de transmission, ses signes et symptômes et sa létalité potentielle devraient être expliqués aux fournisseurs de soins de santé de première ligne.

1.16 Que le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick élabore et mette en place à l'intention de son personnel un module d'apprentissage autonome sur les paramètres des signes vitaux normaux et anormaux.

Inquest No. 2 – Lillian Mullin continued

1.17 That the Physician-Liaison to the Extra-Mural nursing program develops a medical directive regarding the timely disposition of patients with abnormal vital signs.

Rationale:

Mrs. Mullin was examined and found to have markedly abnormal vital signs at 10:00 hours on February 14, 2005. Efforts were made to communicate them to the family physician. Parameters that suggest the immediate need for intensive patient monitoring have been developed. [*Guidelines for ICU Admission, Discharge and Triage*, Critical Care Med 1999, Mar; 27(3): 633-638]. A medical directive allowing the nurse to send Mrs. Mullin directly to hospital would have expedited her care.

1.18 That the Chief of Emergency Medicine at the regional hospital conducts multi-disciplinary educational rounds on the management of abdominal pain focusing on differential diagnosis of patients and appropriate laboratory investigations of patients based on age.

Recommendations regarding autopsies (See Jury Recommendation #2)

2.1 That for all in-hospital deaths (i.e. for both coroner cases and for non-coroner cases) a "Post Mortem Examination Consultation Request" be completed by a physician in order to provide the pathologist with a brief pertinent clinical history of the deceased, a clinical diagnosis and a clear indication of the issues/questions/concerns to be addressed by the post mortem examination.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

1.17 Que le médecin responsable de la liaison avec le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural élabore une directive médicale concernant les mesures à prendre dans des délais raisonnables pour les clients dont les signes vitaux sont anormaux.

Justification

M^me^ Mullin a été examinée le 14 février 2005 à 10 heures. On a constaté que ses signes vitaux étaient manifestement anormaux. Des efforts ont été faits pour transmettre ces renseignements au médecin de famille. Des paramètres qui indiquent le besoin immédiat de surveillance intensive d'un client ont été élaborés. [*Guidelines for ICU Admission, Discharge and Triage*, Critical Care Med. 1999, March; 27(3): 633-638]. Une directive médicale autorisant le personnel infirmier à orienter M^me^ Mullin directement vers l'hôpital aurait accéléré la prestation des soins.

1.18 Que le chef de médecine d'urgence de l'hôpital régional effectue des tournées de formation multidisciplinaire sur la gestion de la douleur abdominale en mettant l'accent sur un diagnostic différentiel et des analyses de laboratoire appropriées selon l'âge du client.

Recommandations concernant les autopsies (voir la recommandation n° 2 du jury)

2.1 Que pour tous les décès survenus dans les hôpitaux (tant pour les dossiers du coroner que pour les dossiers hors de sa compétence), une demande de consultation posthume soit remplie par un médecin afin de fournir au pathologiste un sommaire des antécédents cliniques pertinents de la personne décédée et un diagnostic clinique, et afin de lui indiquer clairement les questions, préoccupations et problèmes auxquels devrait répondre l'autopsie.

Inquest No. 2 – Lillian Mullin continued

2.2 That for in-hospital deaths reported to a coroner, the investigating coroner record on the "Authorization of Coroner for Post-Mortem Examination and Toxicological Analyses" a brief pertinent clinical history of the deceased, a clinical diagnosis and a clear indication of the issues/questions/concerns to be addressed by the post mortem examination, or attach a copy of a physician's "Post Mortem Examination Consultation Request."

2.3 That the pathologist review the chart of the deceased before performing the post-mortem examination.

2.4 That the remains of the deceased be retained by the morgue after the post-mortem examination for sufficient time to permit the pathologist to conclude with reasonable certainty that further examination will not be necessary.

Recommendations regarding the Emergency Room (See Jury Recommendation #3)

3.1 That in order to relieve pressure on the ER and make better use of the available ER space and resources, the ER should not be caring for in-patients. *(Dr Vaillancourt)*

3.2 That the standard for response time to a "STAT" request by an ER physician for a surgical consultation be within 30 minutes or less, in both medical and trauma cases. *(Dr Case)*

The recommendations were sent to the Minister of Health and to the Atlantic Health Sciences Corporation for review and consideration. Recently, a copy of the case circumstances and recommendations was also sent to the Minister of Social Development to address Recommendation #4 on a long term plan for provincially funded long-term care facilities. The Minister of Health has confirmed that appropriate policies and procedures

Deuxième enquête – Lillilan Mullin (suite)

2.2 Que pour les décès survenus dans les hôpitaux et signalés à un coroner, le coroner responsable de l'enquête inscrive, sur l'*Autorisation du coroner pour un examen post mortem et des analyses toxicologiques*, un sommaire des antécédents cliniques pertinents de la personne décédée et un diagnostic clinique, et qu'il indique clairement les questions, préoccupations et problèmes auxquels devrait répondre l'autopsie, ou qu'il joigne une copie de la demande d'autopsie remplie par un médecin.

2.3 Que le pathologiste examine le dossier de la personne décédée avant d'effectuer l'autopsie.

2.4 Que la dépouille mortelle soit conservée à la morgue après l'autopsie suffisamment longtemps pour permettre au pathologiste de conclure avec une certitude raisonnable qu'aucun autre examen ne sera nécessaire.

Recommandations concernant les services à l'urgence (voir la recommandation n° 3 du jury)

3.1 Qu'afin de soulager la pression exercée sur le service d'urgence et de mieux utiliser l'espace et les ressources disponibles, on évite de traiter les patients hospitalisés. *(Dr Vaillancourt)*

3.2 Que la norme pour une réponse à une demande « urgente » de consultation chirurgicale provenant d'un médecin du service d'urgence soit de 30 minutes ou moins, dans les cas tant médicaux que de traumatismes. *(Dr Case)*

Les recommandations ont été transmises au ministre de la Santé et à la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA) afin qu'elles soient examinées et prises en considération. Récemment, une copie des détails du dossier et des recommandations formulées a également été envoyée au ministre du Développement social afin qu'il donne suite à la recommandation n° 4 sur l'élaboration d'un plan à long terme pour les

Inquest No. 2 – Lillian Mulliln continued

are in place with the Extra-Mural Program. The Minister of Health also confirmed that the case circumstances and recommendations have been forwarded to all Regional Health Authorities for their review and consideration.

The Atlantic Health Sciences Corporation has provided a progress report on their recommended actions as outlined below:

Recommendations (AHSC) - Jury Recommendation # 1)

AHSC # 1.1 That the Extra-Mural nursing program for the Province of New Brunswick develop and implement a self-education module on Clostridium difficile-associated diarrhea for its staff.

The AHSC reports that a self education module has been implemented.

AHSC # 1.2 That the Extra-Mural nursing program for the Province of New Brunswick develop and implement a self-education module on the parameters of normal and abnormal vital signs for its staff.

The AHSC reports that a self education module has been implemented.

AHSC # 1.3 That the Physician-Liaison to the Extra-Mural nursing program develop a medical directive regarding the timely disposition of patients with abnormal vital signs.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

établissements de soins de longue durée financés par le gouvernement provincial. Le ministre de la Santé a confirmé que le Programme extra-mural était doté de directives et de modalités adéquates. Le ministre de la Santé a également confirmé que les renseignements concernant les circonstances du cas, de même que les recommandations, ont été acheminés à toutes les régies régionales de la santé afin qu'elle les examinent et les prennent en considération.

La Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique a présenté le rapport d'étape suivant sur les mesures qui leur ont été recommandées :

Recommandations (CSSA) – Recommandation n° 1 du jury

CSSA 1.1 Que le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick élabore et mette en œuvre à l'intention de son personnel un module d'apprentissage autonome sur la diarrhée associée au *Colostridium difficile*.

La CSSA rapporte qu'un module d'auto-apprentissage a été mis en œuvre.

CSSA 1.2 Que le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick élabore et mette en place à l'intention de son personnel un module d'apprentissage autonome sur les paramètres des signes vitaux normaux et anormaux.

La CSSA rapporte qu'un module d'auto-apprentissage a été mis en œuvre.

CSSA 1.3 Que le médecin responsable de la liaison avec le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural élabore une directive médicale concernant les mesures à prendre dans des délais raisonnables pour les clients dont les signes vitaux sont anormaux.

Inquest No. 2 – Lillian Mulliln continued

The AHSC reports that the Physician Liaison with the Extra-mural program will develop a medical directive regarding the disposition of patients, confirming that a physician's order is not required to send patients to the Emergency Department.

AHSC # 1.4 That the Chief of Emergency Medicine at the Regional Hospital conduct multi-disciplinary educational rounds on the management of abdominal pain focusing on differential diagnosis of patients and appropriate laboratory investigations of patients based on age.

The AHSC advises that the Clinical Chief and physicians have reviewed the subject and conducted education sessions.

AHSC # 1.5 The need of a consistent, reliable method of communication between the Extra-Mural Hospital and physician.

The AHSC advises that the Extra Mural program has implemented a pilot project providing cell phones to staff. This project will be reviewed as part of a communication strategy.

AHSC # 1.6 That Extra-Mural Hospital staff are made aware of processes in place to alert physicians about priority calls, e.g. physician cell phone numbers, Community Health Centre process for urgent calls and Emergency Department triplicate form used with Extra-Mural Hospital referrals and Locating.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

La CSSA rapporte que l'agent de liaison avec le personnel du Programme extra-mural élaborera une directive médicale sur le congé des patients, confirmant qu'il n'est pas nécessaire d'obtenir une ordonnance d'un médecin pour envoyer un patient au service des urgences.

CSSA 1.4 Que le chef de médecine d'urgence de l'hôpital régional effectue des tournées de formation multidisciplinaire sur la gestion de la douleur abdominale en mettant l'accent sur un diagnostic différentiel et des analyses de laboratoire appropriées selon l'âge du client.

La CSSS indique que le chef des services cliniques et les médecins ont passé la question en revue et ont tenu des séances d'éducation à cet égard.

CSSA 1.5 Que l'on établisse une méthode de communication cohérente et fiable entre l'Hôpital extra-mural et le médecin.

La CSSA indique que le Programme extra-mural a mis une initiative à l'essai visant à fournir des téléphones cellulaires aux membres du personnel. Cette initiative sera réévaluée dans le cadre de la stratégie de communication.

CSSA 1.6 Que le personnel de l'Hôpital extra-mural soit renseigné sur les processus en place pour alerter les médecins au sujet des appels prioritaires, par exemple les numéros de téléphone cellulaire des médecins, le processus du Centre de santé communautaire pour les appels urgents et le formulaire en trois exemplaires du service d'urgence employé pour orienter des patients à l'Hôpital extra-mural et le système de localisation de médecin.

Inquest No. 2 – Lillian Mulliln continued

The AHSC advises that the Extra-Mural staff is aware of processes in place to alert physicians for urgent calls and the means of locating any physician at the Saint John Regional Hospital as well as new processes in place at the Community Health Centre to direct urgent calls to physicians immediately.

AHSC # 1.7 That the Emergency Department provide a transfer back note from the Emergency Department to the Extra-Mural Hospital when it is determined that the patient is an Extra-Mural Hospital patient.

The AHSC advises that the Emergency Department is planning processes to provide feedback for a referral from the Extra Mural program.

AHSC # 1.8 Appropriate dissemination of information provided by the Extra-Mural Hospital to the Emergency Department.

The AHSC advises that the Emergency Department is using a form to notify Triage and the physician of key patient information provided by Extra Mural program staff, when a patient is being transferred.

AHSC # 1.9 Full integration of charts as soon as possible. Ultimately, regardless of what piece of the chart you access, it should be one record and the appropriate access should be given.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

La CSSA rapporte que les membres du personnel du Programme extra-mural sont au courant de la marche à suivre pour aviser les médecins en cas d'urgence, des moyens à leur disposition pour trouver un médecin à l'hôpital régional de Saint-Jean, ainsi que de la marche à suivre adoptée au centre de santé communautaire pour acheminer directement et sur-le-champ les appels urgents aux médecins.

AHSC 1.7 Que le service d'urgence fournisse une note indiquant que le client à été retourné du service d'urgence à l'Hôpital extra-mural lorsqu'il est déterminé que le cas doit être traité par ce dernier.

La CSSA précise que le service des urgences prévoit mettre en œuvre des processus en vertu desquels il serait possible de fournir des commentaires sur un renvoi du personnel du Programme extra-mural.

CSSA 1.8 Que les renseignements fournis par l'Hôpital extra-mural soient diffusés au service d'urgence comme il se doit.

La CSSA rapporte que le personnel du service des urgences se sert d'un formulaire pour communiquer au secteur du triage et au médecin toute information pertinente au sujet d'un patient fournie par le personnel du Programme extra-mural lors d'un renvoi.

CSSA 1.9 Que l'intégration des dossiers soit complétée le plus rapidement possible. En bout de ligne, quelle que soit la partie du dossier consultée, il devrait y avoir un seul dossier pour lequel il faudrait obtenir l'accès approprié.

Inquest No. 2 – Lillian Mulliln continued

The AHSC advises that a new Clinical Information System was purchased in 2006 and will be implemented along with an information system for the Emergency Department. The implementation process has begun, with a projected completion date for 2008-2009.

AHSC # 1.10 Development of an electronic system for management of Emergency Department referrals and responses.

The AHSC advises that this recommendation will be reviewed as part of the development of the new Information System for the Emergency Department.

AHSC # 1.11 Development of a doctor on-call schedule whereby an additional Emergency Department physician can be called for assistance when Code Orange status is escalating.

The AHSC advises that the Emergency Department is developing a contingency plan for peaks in workload and are reviewing various options.

AHSC # 1.12 The Emergency Department must be expanded to accommodate current and future patient populations.

The AHSC advises that a plan was submitted to the provincial government to increase the physical space of the ER Department in 2006.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

La CSSA précise qu'elle a fait l'acquisition d'un nouveau système de renseignements cliniques en 2006 et que ce dernier sera mis en œuvre conjointement avec un système informatique pour le service des urgences. Le processus de mise en œuvre a été entamé et devrait se terminer en 2008-2009.

CSSA 1.10 Qu'un système électronique soit élaboré pour la gestion des cas orientés vers le service d'urgence et des mesures prises par celui-ci.

La CSSA indique que cette recommandation sera prise en considération dans le cadre de l'élaboration d'un nouveau système informatique pour le service des urgences.

CSSA 1.11 Qu'un horaire sur appel soit élaboré pour les médecins afin de permettre à un autre médecin du service d'urgence d'être appelé pour aider ses collègues en cas de Code orange, si la situation s'aggrave.

La CSSA précise que le service des urgences est en voie de préparer un plan d'intervention en cas d'urgence pour les périodes où la charge de travail est la plus élevée et étudie présentement diverses possibilités.

CSSA 1.12 Que le service d'urgence soit agrandi afin de répondre aux besoins de la clientèle actuelle et à venir.

La CSSA rapporte qu'un plan a été présenté au gouvernement provincial en 2006 en vue d'agrandir les locaux du service des urgences.

Inquest No. 2 – Lillian Mulliln continued

AHSC # 1.13 Determination of nursing workload and staffing levels in Emergency Departments on a priority basis and the development and implementation of Emergency Department nursing workload and staffing standards.

The AHSC advises that a workload tool has been identified as a priority and a proposal has been made to the province, since this is a provincial process.

AHSC # 1.14 Comprehensive questionnaire should be completed by physician and/or Coroner prior to requesting autopsy with clear indication of the issues, questions, concerns to be addressed during post mortem, and accompany remains to morgue.

The AHSC advises that pathologists are aware of the need to have a post-mortem examination consultation request from the attending physician and the need to review it prior to starting the post-mortem examination. Processes are being reviewed to ensure that the chart is available in a timely manner.

Recommendations regarding Autopsies (See Jury Recommendation # 2)

2.1 That for <u>all</u> in-hospital deaths (i.e. for both coroner cases and for non-coroner cases) a "Post Mortem Examination Consultation Request" be completed by a physician in order to provide the pathologist with a brief pertinent clinical history of the deceased, a clinical diagnosis and a clear indication of the issues/questions/concerns to be addressed by the post mortem examination.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

CSSA 1.13 Que la charge de travail et le niveau de dotation du personnel infirmier du service d'urgence soient déterminés de manière prioritaire et que des normes à cet effet soient établies et mises en application.

La CSSA indique que la mise sur pied d'un outil d'évaluation de la charge de travail constitue une priorité et qu'une proposition a été faite au gouvernement provincial puisqu'il s'agit d'une question qui relève de sa compétence.

CSSA 1.14 Avant de demander une autopsie, le médecin ou le coroner devrait remplir un questionnaire complet précisant clairement les points, les questions et les préoccupations à considérer au cours de l'autopsie; ce formulaire devrait être envoyé à la morgue avec le corps.

La CSSA précise que les pathologistes sont conscients du fait qu'il faut consulter le médecin de service présentant une demande d'autopsie et qu'il faut passer l'information en revue avant de commencer l'autopsie. La procédure sera examinée de façon à s'assurer que le dossier du patient soit disponible dans les plus brefs délais.

Recommandations concernant les autopsies (voir la recommandation n° 2 du jury)

2.1 Que pour <u>tous</u> les décès survenus dans les hôpitaux (tant pour les dossiers du coroner que pour les dossiers hors de sa compétence), une demande de consultation posthume soit remplie par un médecin afin de fournir au pathologiste un sommaire des antécédents cliniques pertinents de la personne décédée et un diagnostic clinique, et afin de lui indiquer clairement les questions, préoccupations et problèmes auxquels devrait répondre l'autopsie.

Inquest No. 2 – Lillian Mulliln continued

The AHSC advises that pathologists are aware of the need to have a post-mortem examination consultation request from the attending physician and the need to review it prior to starting the post-mortem examination. Processes are being reviewed to ensure that the chart is available in a timely manner.

2.2 That for in-hospital deaths reported to a coroner, the investigating coroner record on the "Authorization of Coroner for Post-Mortem Examination and Toxicological Analyses" a brief pertinent clinical history of the deceased, a clinical diagnosis and a clear indication of the issues/questions/concerns to be addressed by the post mortem examination, or attach a copy of a physician's "Post Mortem Examination Consultation Request."

The Coroner's Office will reinforce with all coroners, and pathologists, that the Authorization to Perform Post-Mortem Examination and Toxicological Analyses provide a case history and detail the issues and concerns. For in-hospital deaths, the coroner will ensure that the attending physician's documentation is provided to the pathologist for review by the pathologist, before the body is released.

2.3 That the pathologist review the chart of the deceased <u>before</u> performing the post-mortem examination.

The Coroner's Office will ensure that pathologists are aware of the issues arising from the case and its relevance to their examination.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

La CSSA précise que les pathologistes sont conscients du fait qu'il faut consulter le médecin de service présentant une demande d'autopsie et qu'il faut passer l'information en revue avant de commencer l'autopsie. La procédure sera examinée de façon à s'assurer que le dossier du patient soit disponible dans les plus brefs délais.

2.2 Que pour les décès survenus dans les hôpitaux et signalés à un coroner, le coroner responsable de l'enquête inscrive, sur l'*Autorisation du coroner pour un examen post mortem et des analyses toxicologiques*, un sommaire des antécédents cliniques pertinents de la personne décédée et un diagnostic clinique, et qu'il indique clairement les questions, préoccupations et problèmes auxquels devrait répondre l'autopsie, ou qu'il joigne une copie de la demande d'autopsie remplie par un médecin.

Le bureau des Services des coroners rappellera aux coroners et aux pathologistes que le formulaire d'autorisation d'autopsie et d'analyse toxicologique fournit des renseignements sur le dossier et présente en détails les questions et les préoccupations soulevées. Pour les personnes qui décèdent dans un hôpital, le coroner s'assurera que la documentation du médecin de service est fournie au pathologiste avant de libérer le corps.

2.3 Que le pathologiste examine le dossier de la personne décédée <u>avant</u> d'effectuer l'autopsie.

Le bureau des Services des coroners s'assurera que les pathologistes sont au courant des questions soulevées dans le dossier et de leur pertinence par rapport à leur examen.

Inquest No. 2 – Lillian Mulliln continued

2.4 That the remains of the deceased be retained by the morgue after the post-mortem examination for sufficient time to permit the pathologist to conclude with reasonable certainty that further examination will not be necessary.

The Coroner's Office will ensure that pathologists are aware of the issues arising from the case and its relevance to their examination, prior to the release of the body.

Recommendations regarding Emergency Room (See Jury Recommendation #3)

3.1 That in order to relieve pressure on the ER and make better use of the available ER space and resources, the ER should not be caring for in-patients. ***(Dr Vaillancourt)***

The AHSC advises that the Emergency Physicians and Clinical Chiefs have reviewed this issue and a plan outlining recommendations has been forwarded to the Medical Advisory Committee for review.

3.2 That the standard for response time to a "STAT" request by an ER physician for a surgical consultation be within 30 minutes or less, in both medical and trauma cases. ***(Dr Case)***

The AHSC advises that the Chief of Staff and Clinical Chiefs have begun discussions on timeframes for telephone responses and the arrival of the consultant but a resolution is not available at this time.

Deuxième enquête – Lillian Mullin (suite)

2.4 Que la dépouille mortelle soit conservée à la morgue après l'autopsie suffisamment longtemps pour permettre au pathologiste de conclure avec une certitude raisonnable qu'aucun autre examen ne sera nécessaire.

Le bureau des Services des coroners s'assurera que les pathologistes sont au courant des questions soulevées dans le dossier et de leur pertinence par rapport à leur examen, avant la libération du corps.

Recommandations concernant les services à l'urgence (voir la recommandation n° 3 du jury)

3.1 Qu'afin de soulager la pression exercée sur le service d'urgence et de mieux utiliser l'espace et les ressources disponibles, on évite de traiter les patients hospitalisés. ***(Dr Vaillancourt)***

La CSSA rapporte que les médecins du service des urgences et les chefs des services cliniques ont examiné cette question et qu'un plan comprenant des recommandations a été soumis à l'étude du comité médical consultatif.

3.2 Que la norme pour une réponse à une demande « urgente » de consultation chirurgicale provenant d'un médecin du service d'urgence soit de 30 minutes ou moins, dans les cas tant médicaux que de traumatismes. ***(Dr Case)***

La CSSA indique que le médecin-chef et les chefs des services cliniques ont commencé à discuter des délais de réponse au téléphone et d'arrivée du consultant, mais qu'aucune solution n'est disponible à l'heure actuelle.

Other Cases of Interest

The following cases were investigated and concluded with a decision that no public inquest would be held. However, recommendations for change were identified in each instance.

Case #1

This 62 year old male had a history of multiple myeloma for two years that was refractory to initial treatment. In late February he was taken to the hospital by ambulance and admitted with a diagnosis of pneumonia. He was treated and discharged several days later.

As part of his treatment, he was administered Velcade (Bortezomib) at a higher dose than ordered, in error. The next day, in the early hours, he returned to the emergency room with complaints of shortness of breath and back pain. Treating physicians provided a diagnosis of multiple myeloma, pneumonia, congestive heart failure and septic shock and a number of tests were ordered and treatment provided. When he died, physicians were unaware of the medication error and attributed his death to the underlying condition.

After his death, hospital staff reviewed his file and identified that an error had taken place in medication administration. The coroner ordered an autopsy. Findings identified the cause of death as heart failure due to Velcade (Bortezomib) intoxication.

Autres cas dignes d'intéret

Les cas suivants ont fait l'objet d'une évaluation après laquelle on a conclu qu'une enquête du coroner n'était pas nécassaire. Des recommendations ont toutefois été formulées pour chacun de ces cas.

Cas n° 1

Un homme de 62 ans était atteint de myélome multiple depuis deux ans. Le myélome était réfractaire au traitement initial. Durant les semaines précédant son décès, le patient a été amené à l'hôpital en ambulance et admis; un diagnostic de pneumonie a été posé. Le patient a été traité et a reçu son congé quelques jours plus tard.

Le patient a été traité, entre autres, au Velcade (Bortezomib), et on lui a administré par erreur une dose plus élevée que la dose prescrite. Très tôt le lendemain, il est retourné à la salle d'urgence en se plaignant d'essoufflement et de douleurs au dos. Les médecins traitants ont diagnostiqué un myélome multiple, une pneumonie, une insuffisance cardiaque congestive et un choc septique. Ils ont demandé qu'un certain nombre de tests soient effectués. Le patient a été traité en conséquence, puis il est décédé. N'étant pas au courant de l'erreur commise pendant l'administration du médicament, les médecins ont attribué le décès à son état sous-jacent.

À l'examen du dossier, le personnel de l'hôpital s'est rendu compte qu'une erreur avait été commise pendant l'administration du médicament. Le coroner a demandé une autopsie, selon laquelle la cause du décès était un arrêt cardiaque dû à une intoxication par Velcade (bortezomib).

Other Cases of Interest continued

Reviews of the process confirmed that despite protocols and multiple check points, the error was not detected during treatment.

The coroner has recommended that the circumstances of this case be reviewed with the Institute for Safe Medication Practices (ISMP). The ISMP is an independent national non-profit agency committed to the advancement of medication safety in healthcare settings and works collaboratively with the healthcare community, regulatory agencies and various other agencies to promote safe medication practices. This agency has broad experience on similar cases across the country and their objective review provides an added level of expertise. This review should include a review of the sufficiency of current policies, procedures and protocols in light of the workload. It should also address the need for education and training to promote a patient safety approach to case management.

The case summary and recommendations were forwarded to the Department of Health and to ISMP.

The Minister of Health advised that the Regional Health Authorities have implemented several process improvements related to medication administration. In addition, modifications are being made to the computer system to improve the handling and administering of medication.

The ISMP has reviewed the circumstances which led to this death but have not yet reported their findings.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Divers examens du processus ont confirmé que malgré les protocoles et le système de vérifications multiples en place, l'erreur n'a pas été détectée pendant le traitement.

Le coroner a recommandé que les circonstances de ce cas soient examinées par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP). L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP) est un organisme canadien indépendant à but non lucratif qui se consacre à la promotion de la sécurité des médicaments dans le domaine des soins de santé et collabore avec la communauté médicale, les organismes de réglementation et diverses autres organisations afin d'encourager les pratiques sécuritaires en matière d'utilisation des médicaments. L'Institut possède une vaste expérience de cas semblables survenus ailleurs au pays et son examen objectif des faits rehausse le niveau de l'expertise consacrée à ce dossier. Il est prévu que cet examen abordera entre autres les politiques, les procédures et les protocoles compte tenu de la charge de travail du personnel, ainsi que le besoin d'offrir des possibilités de perfectionnement professionnel favorisant une gestion de cas axée sur la sécurité des patients.

Le résumé du dossier et les recommandations ont été envoyés au ministère de la Santé et à l'ISMP.

Le ministre de la Santé a fait savoir que les régies régionales de la santé ont apporté plusieurs améliorations aux méthodes d'administration des médicaments. En outre, des modifications sont apportées au système informatique afin d'améliorer le traitement et l'administration des médicaments.

L'ISMP a examiné les circonstances du décès mais n'a pas encore fait état de ses constatations.

Other Cases of Interest continued

A progress report will be published on this cases in the Annual Report for 2007, to be published in the fall of 2008.

Case # 2

This 85 year old female died of acute renal failure secondary to ingesting phosphosoda orally, a medication which was administered in error. She had been seen in the Emergency Room on two prior occasions in late January with similar complaints but not admitted.

On this visit, her abdominal discomfort and intermittent nausea continued. She remained in hospital for a period of four days and was assessed and treated for complaints of intermittent nausea, abdominal pains and constipation. She was placed on a full fluids diet, pending assessment for gastroenterological problems.

After admission, an abdominal series of tests were ordered. There was no evidence of intestinal obstruction although an ultrasound test demonstrated abnormalities in the liver and multiple lesions. She was scheduled for a CT abdominal scan and was given phosphosoda on the 8th of February rather than gastrografin, in error. She was subsequently given the grastrografin as well. The error was recognized at shift change but not reported.

On the evening of February 8, her condition deteriorated and on February 9, surgery was consulted by the covering physician. She developed complications due to the phosphosoda ingestion, experienced acute renal failure and died the same day.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Un rapport sur l'évolution de ce dossier figurera dans le rapport annuel de 2007, qui sera publié à l'automne 2008.

Cas n° 2

Une femme de 85 ans est décédée d'une insuffisance rénale aiguë entraînée par l'ingestion de Phospho-Soda, un médicament qui lui a été administré par erreur. Elle avait été vue à la salle d'urgence à deux reprises à la fin du mois de janvier pour des symptômes semblables, mais n'avait pas été admise.

Lors de la visite en question, elle avait des malaises abdominaux et des nausées sporadiques. Elle est demeurée à l'hôpital pendant quatre jours et a été évaluée. Elle a subi des traitements pour malaises abdominaux, nausées sporadiques et constipation. Elle suivait un régime comprenant uniquement des produits liquides, en attendant de subir une évaluation pour ses problèmes gastroentérologiques.

Après son admission, elle a subi une série d'examens abdominaux, qui n'ont montré aucune trace d'obstruction intestinale, bien qu'un test à l'ultrason ait révélé des anomalies au foie et des lésions multiples. Elle devait subir un tomodensitogramme à l'abdomen et on lui a administré du Phospho-Soda par erreur, plutôt que du Gastrografin, le 8 février. On lui a ensuite administré du Grastrografin également. L'erreur a été décelée au moment du changement de quart, mais n'a pas été signalée.

Son état s'est détérioré le 8 février en soirée. Le 9 février, le médecin de service a consulté le personnel chirurgical. Elle a subi des complications dues à l'ingestion de Phospho-Soda, a eu une insuffisance rénale aiguë et est décédée le même jour.

Other Cases of Interest continued

The CT abdominal scan showed metastatic deposits on the liver, multiple dilated loops of the small bowel indicating a mechanical obstruction and a mass suspicious for intestinal malignancy.

The coroner has recommended that:

1. Charts be placed in a visible manner to show steps to be followed for each routine procedure.

2. Any staff administering any preparation to any patient should re-read the order just immediately prior to administration to ensure accuracy.

3. If a patient starts to deteriorate soon after receiving anything, the nurse should immediately review the chart to ensure accuracy of prep/dose/meds and notify the attending physician for further instructions.

4. Health Canada alerts on products/drugs should be posted and shared with staff.

It is also recommended that a thorough review of the circumstances in which this death occurred be examined in conjunction with the Institute for the Safe Medication Pratice (ISMP) and a report on the conclusions be made available to the Coroner.

It is recommended that the computer system used to order medications be modified to create an alert when the medication issued does not correspond to the scheduled procedure.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le tomodensitogramme à l'abdomen a révélé des dépôts métastatiques au foie, une dilatation de nombreuses anses de l'intestin grêle correspondant à une obstruction mécanique, ainsi qu'une masse soupçonnée d'être une malignité intestinale.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Que le dossier du patient soit placé bien en vue de façon à montrer les mesures à suivre pour chaque procédure habituelle.

2. Que les membres du personnel administrant toute forme de médicament à un patient lisent à nouveau l'ordonnance juste avant de l'administrer pour s'assurer qu'il s'agit du bon médicament.

3. Si l'état d'un patient se détériore rapidement après qu'on lui ait administré un médicament, que le personnel infirmier passe immédiatement en revue le dossier pour vérifier l'exactitude de la préparation, de la dose et du médicament, et avise le médecin de service pour savoir quoi faire.

4. Que les avis de Santé Canada publiés au sujet de produits ou de médicaments soient affichés et communiqués aux membres du personnel.

Il est aussi recommandé que les circonstances de ce décès soient examinées minutieusement conjointement avec l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada et qu'un rapport avec conclusions soit mis à la disposition du coroner.

Il est recommandé de modifier le système informatique de façon à créer une alerte qui se déclencherait lorsque le médicament demandé ne correspond pas à la procédure prévue.

Other Cases of Interest continued

The case summary and recommendations were forwarded to the Department of Health and to ISMP.

Recommendations:

1. **Charts be placed in a visible manner to show steps to be followed for each routine procedure.**

2. **Any staff administering any preparation to any patient should re-read the order just immediately prior to administration to ensure accuracy.**

3. **If a patient starts to deteriorate soon after receiving anything, the nurse should immediately review the chart to ensure accuracy of prep/dose/meds and notify the attending physician for further instructions.**

4. **Health Canada alerts on products/drugs should be posted and shared with staff.**

It is also recommended that a thorough review of the circumstances in which this death occurred be examined in conjunction with the Institute for the Safe Medication Pratice (ISMP) and a report on the conclusions be made available to the Coroner.

It is recommended that the computer system used to order medications be modified to create an alert when the medication issued does not correspond to the scheduled procedure.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le résumé du dossier et les recommandations ont été envoyés au ministère de la Santé et à l'ISMP.

Recommandations :

1. **Que le dossier du patient soit placé bien en vue de façon à montrer les mesures à suivre pour chaque procédure habituelle.**

2. **Que les membres du personnel administrant toute forme de médicament à un patient lisent à nouveau l'ordonnance juste avant de l'administrer pour s'assurer qu'il s'agit du bon médicament.**

3. **Si l'état d'un patient se détériore rapidement après qu'on lui ait administré un médicament, que le personnel infirmier passe immédiatement en revue le dossier pour vérifier l'exactitude de la préparation, de la dose et du médicament, et avise le médecin de service pour savoir quoi faire.**

4. **Que les avis de Santé Canada publiés au sujet de produits ou de médicaments soient affichés et communiqués aux membres du personnel.**

Il est recommandé de modifier le système informatique de façon à créer une alerte qui se déclencherait lorsque le médicament demandé ne correspond pas à

Il est recommandé de modifier le système informatique de façon à créer une alerte qui se déclencherait lorsque le médicament demandé ne correspond pas à la procédure prévue.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Health advised that the Regional Health Authorities have implemented several process improvements related to medication administration. In addition, modifications are being made to the computer system to improve the handling and administering of medication.

The ISMP has reviewed the circumstances which led to this death but have not yet reported their findings.

A progress report will be published on this case in the Annual Report for 2007, to be published in the fall of 2008.

Case #3

This 50 year old male died following a motor vehicle accident at the intersection of Manor Road and Highway 1 near St. George, New Brunswick.

The day was heavily overcast and there was heavy, steady precipitation. The visibility and weather conditions were very poor at the time of the accident. The deceased was attempting to turn left on Highway 1 from Manor Road when he encountered a pick up truck proceeding east. The oncoming vehicle was not equipped with daytime running lights and did not have the lights turned on.

Neither speed nor alcohol were factors in the investigation and both vehicles were in good working order.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre de la Santé a fait savoir que les régies régionales de la santé ont apporté plusieurs améliorations aux méthodes d'administration des médicaments. En outre, des modifications sont apportées au système informatique afin d'améliorer le traitement et l'administration des médicaments.

L'ISMP a examiné les circonstances du décès mais n'a pas encore fait état de ses constatations.

Un rapport sur l'évolution de ce dossier figurera dans le rapport annuel de 2007, qui sera publié à l'automne 2008.

Cas n° 3

Cet homme âgé de 50 ans est décédé à la suite d'un accident de la route survenu à l'intersection du chemin Manor et de la route 1, près de St. George, au Nouveau-Brunswick.

Le temps était très couvert, avec de fortes précipitations constantes. La visibilité et les conditions météorologiques étaient très mauvaises au moment de l'accident. La victime circulait sur le chemin Manor et tentait d'effectuer un virage à gauche sur la route 1. Son véhicule est entré en collision avec une camionnette qui circulait en direction Est, qui n'était pas équipée de feux de jour et dont les phares n'étaient pas allumés.

L'enquête a permis de déterminer que ni la vitesse, ni l'alcool n'étaient en cause, et que les deux véhicules étaient en bon état.

Other Cases of Interest continued

The investigation confirmed that weather conditions and driver error contributed to the accident. The coroner also confirmed that there have been seventeen (17) accidents at this intersection in the past seven (7) years, in which fourteen (14) people were injured.

Therefore, the coroner has recommended:

1. that the twinning of this section of the highway be prioritized;

2. that public education emphasize the importance of using vehicle headlights during the day when visibility is decreased due to inclement weather.

These recommendations were forwarded for consideration and appropriate action by the Department of Transportation and the Department of Public Safety.

Recommendations:

1. **that the twinning of this section of the highway be prioritized;**

2. **that public education emphasize the importance of using vehicle headlights during the day when visibility is decreased due to inclement weather.**

The Minister of Transportation reported that the twinning of Route 1 is a high priority and the Province is discussing funding sources with the Federal Government to complete this highway, including the 28 kms. between Waweig and

Autres cas dignes d'intéret (suite)

L'enquête a également permis de déterminer que les conditions météorologiques et une erreur de conduite sont des facteurs qui ont contribué à l'accident. Le coroner a aussi constaté que 17 accidents se sont produits à cette intersection au cours des 7 dernières années, causant des blessures à 14 personnes.

Par conséquent, le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. que le dédoublement de cette section de route constitue une priorité;

2. que la sensibilisation du public souligne l'importance de se servir des phares le jour lorsque la visibilité est réduite par mauvais temps.

Ces recommandations ont été envoyés au ministère des Transports et au ministère de la Sécurité publique pour qu'ils les examinent et prennent les mesures nécessaires.

Recommandations :

1. **que le dédoublement de cette section de route constitue une priorité;**

2. **que la sensibilisation du public souligne l'importance de se servir des phares le jour lorsque la visibilité est réduite par mauvais temps.**

Le ministre des Transports a indiqué que le dédoublement de la route 1 constituait une des principales priorités de la province et que cette dernière était actuellement en pourparlers avec le gouvernement fédéral en vue de l'obtention du

Other Cases of Interest continued

St.George. When completed, this section will include a new grade separated interchange to replace the existing level intersection at Manor Road.

The Minister of Public Safety advised that it is generally older vehicles which are not equipped with daytime running lights.

In prevention of motor vehicle deaths and injuries, the priorities of the Department of Public Safety and enforcement agencies are impaired driving, speeding and proper use of seatbelts. However, the case circumstances and recommendations will be considered in developing future public awareness campaigns.

Case #4

The death of this 53 year old male was a witnessed accident which occurred on Highway 7 about 5 kilometres from the first Grand-Bay Westfield exit. The driver lost control of the half ton, left the highway where it initially rode along the guard rail, then flipped over and landed on its roof, some distance from the highway. The road conditions at the time were good and the road surface was clear and dry. When the vehicle overturned and came to rest, it burst into flames and the victim, who was impaired by alcohol, was trapped inside.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

financement qui permettra d'effectuer ces travaux, y compris ceux de la section de 28 km séparant Waweig et St. George. Une fois terminé, ce nouveau tronçon de route comportera un carrefour à niveaux différents qui remplacera l'actuelle intersection à un seul niveau entre la route 1 et le chemin Manor.

Le ministre la Sécurité publique a indiqué que ce sont habituellement les automobiles plus anciennes qui sont dépourvues de phares de jour.

Pour prévenir les blessures et les décès causés par des accidents de la route, le ministère de la Sécurité publique et les autorités chargées de l'application des lois axent surtout leurs efforts sur les thèmes suivants : conduite avec facultés affaiblies, excès de vitesse et port de la ceinture de sécurité. Cependant, les circonstances de ce cas et les recommandations formulées pour celui-ci seront prises en considération lors des nouvelles campagnes de sensibilisation du public.

Cas n° 4

Cet homme de 53 ans est décédé dans un accident da la route, avec témoins, survenu sur la route 7 à environ 5 kilomètres de la première sortie de Grand-Bay Westfield. Le conducteur a perdu le contrôle de sa camionnette d'une demi-tonne, quittant la route et glissant le long du garde-fou. La camionnette s'est ensuite renversée et s'est retrouvée sur le toit, à une certaine distance de la route. Au moment de l'accident, la chaussée était sèche et en bon état. Après avoir arrêté sa course sur le toit, la camionnette s'est enflammée et la victime, dont les facultés avaient été affaiblies par l'alcool, était coincée à l'intérieur.

Other Cases of Interest continued

The coroner's investigation included an examination of data from Transport Canada on fires in this type of vehicle when rollovers occur. He was advised that there were no data on similar cases but the fuel system shut off may not have functioned since there was no front end impact.

The coroner also examined the type of guardrail in place at this particular location and has made a recommendation that it be upgraded.

Recommendation: The type of guardrail at this site should be replaced by a current style guardrail which is designed to redirect the vehicle away from the precipice and reduce the severity of accidents involving vehicles that have lost control.

The recommendation was forwarded to the Department of Transportation for consideration.

Recommendation:

The type of guardrail at this site should be replaced by a current style guardrail which is designed to redirect the vehicle away from the precipice and reduce the severity of accidents involving vehicles that have lost control.

The Minister of Transportation advised that the type of guardrail installed at this site meets departmental guidelines for two lane undivided roadways and is satisfied that it is designed to redirect errant vehicles away from the precipice.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Dans le cadre de son enquête, le coroner a examiné les données de Transports Canada relativement aux accidents dans lesquels des véhicules de ce genre se sont enflammés après s'être renversés. Il a été informé qu'aucune donnée n'existait sur des cas semblables, mais qu'il est possible que le dispositif d'arrêt du système d'alimentation en carburant n'ait pas fonctionné parce qu'il n'y a pas eu de collision frontale.

Le coroner a également examiné le type de garde-fou installé à l'endroit où est survenu l'accident et a recommandé qu'il soit mis à niveau.

Recommandation : Le type de garde-fou installé à cet endroit devrait être remplacé par un style de garde-fou plus moderne conçu pour rediriger les véhicules et les empêcher de tomber dans le précipice, réduisant ainsi la gravité des accidents impliquant des véhicules dont le conducteur a perdu le contrôle.

La recommandation a été transmise au ministère des Transports pour examen.

Recommandation :

Le type de garde-fou installé à cet endroit devrait être remplacé par un style de garde-fou plus moderne conçu pour rediriger les véhicules et les empêcher de tomber dans le précipice, réduisant ainsi la gravité des accidents impliquant des véhicules dont le conducteur a perdu le contrôle.

Le ministre des Transports a indiqué que le type de garde-fou installé à cet endroit était conforme aux lignes directrices ministérielles pour les routes à deux voies à chaussée unique et qu'il était satisfait du fait que ce garde-fou avait été conçu de manière à faire dévier les véhicules loin du précipice qui se trouve à cet endroit.

Other Cases of Interest continued

Case #5

This 16 year old male died as a result of asphyxiation by hanging in a storage shed at his home. The circumstances of the death were investigated by the police and the coroner, who initially believed that this was a tragic teenage suicide. There was nothing unusual about his behavioural pattern at the time other than a disagreement with a girlfriend. Family members indicated that he intended to meet with some of his friends later in the evening and a family member was at home when the death occurred. Upon further investigation and interviews with family and friends, the coroner established evidence that the deceased was aware of the choking game, and curious about it. This activity is commonly referred to as "The Choking Game" (the Fainting Game, Space Monkey, etc.). The coroner found that there was evidence of some prior involvement in the game and witnesses reported the presence of the physical symptoms which were only evident in hindsight.

Whether the young man could foresee the ultimate consequences of this dangerous behaviour or whether he intended the consequence of this behaviour is uncertain. While the circumstances did not prove conclusively that he was engaged in playing the choking game, the choking game remains a distinct possibility, if not a probability. The coroner concluded that there was insufficient evidence of an intent toward self-harm. Death probably was not an intended outcome. Taking all the known circumstances into consideration, the coroner concluded that the death was not a suicide but rather an accidental solo asphyxiation by self-inflicted ligature strangulation (*"the choking game"*).

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 5

Un jeune homme âgé de 16 ans est décédé des suites d'une asphyxie par pendaison dans le cabanon près de sa résidence. Les policiers et le coroner qui ont examiné les circonstances du décès ont d'abord cru à un tragique suicide d'adolescent. Ils n'ont rien relevé de particulier dans le comportement du jeune homme, si ce n'est le fait qu'il s'était querellé avec une copine. Les membres de la famille ont notamment indiqué qu'il leur avait signifié son intention de rencontrer des copains plus tard au cours de la soirée. Un des membres de la famille était à la maison lorsque le décès est survenu. Après une investigation plus poussée et à partir des données recueillies lors d'entrevues avec les membres de la famille et les amis, le coroner a pu constater que le jeune homme connaissait un jeu d'étranglement et qu'il s'y intéressait. Il s'agissait du jeu communément appelé le « jeu du foulard » (*Choking Game*, jeu d'évanouissement, *Space Monkey*, etc.) Le coroner a constaté que le jeune s'était déjà adonné à ce jeu et des témoins ont rapporté la présence de signes et de symptômes physiques qui ne sont devenus évidents qu'à posteriori.

Cependant, il est impossible de savoir si le jeune homme connaissait les conséquences possibles de ce comportement dangereux ou s'il désirait vraiment ce qui lui est arrivé. Bien que les faits ne permettent pas de prouver hors de tout doute qu'il s'est bien adonné au « jeu du foulard », cela demeure une très nette possibilité. Le coroner a également indiqué qu'on ne possédait pas suffisamment de preuves pour conclure que le jeune homme désirait mettre fin à ses jours. Le décès n'était donc vraisemblablement pas la conséquence recherchée par la victime. Après avoir considéré toutes les données recueillies dans ce cas, le coroner a conclu qu'il ne s'agissait pas d'un suicide, mais bien d'un décès des suites d'une strangulation accidentelle auto-infligée (*jeu du foulard*).

Other Cases of Interest continued

The choking game is an extremely dangerous activity involving the inducement of unconsciousness or near unconsciousness by restriction of the supply of oxygen to the brain. It is a life threatening activity primarily among teen and pre-teen culture all over North America and elsewhere. Children and teenagers use their hands, arms, ropes, leashes, chains, ties or belts to cut off the blood supply to the brain and thereby temporarily starve the brain of oxygen. Blood flow to the brain is restricted by compressing the carotid artery in the neck. This is achieved either by pressing the thumbs against the arteries on both sides of the neck simultaneously or the use of a ligature. Participants get a "high" when the pressure is released and blood rushes back to the brain. The sensations received even can become very addictive.

The choking game often is played in groups, but is most dangerous when done alone. The reason why the activity is particularly dangerous when carried out alone and a ligature is used, is that no one else is present to release the ligature when the participant slips into unconsciousness. A participant can lose consciousness within a minute or so after constricting the neck and death will result in as little as four minutes. It would appear that some participants tragically assume they will be able to release the ligature just before they pass out. It may be that some deaths attributed to suicide by adolescents are actually solo self-asphyxiations and death was an unintended outcome.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le « jeu du foulard » est une pratique extrêmement risquée qui consiste à réduire l'apport en oxygène au cerveau jusqu'à provoquer une quasi perte de conscience ou une perte de conscience. Ce jeu potentiellement mortel se pratique surtout par les préadolescents et les adolescents d'Amérique du Nord et d'ailleurs. Les jeunes utilisent les mains, les bras, des cordes, des laisses, des chaînes, des cravates ou des ceintures pour couper l'apport en oxygène au cerveau et entraîner une hypoxie. La circulation du sang au cerveau est entravée par la compression des artères carotides du cou qu'on écrase à l'aide des pouces ou à l'aide d'un lien quelconque. La personne qui s'adonne au jeu éprouve une sensation d'euphorie lorsque la pression est relâchée et que le sang afflue à nouveau au cerveau. Certains jeunes deviennent « accros » aux sensations intenses éprouvées lors ce jeu.

Le « jeu du foulard » se joue souvent en groupe, mais il devient vraiment dangereux lorsqu'il est pratiqué seul. En effet, si la personne qui s'y adonne seule utilise un lien pour s'étrangler, elle risque de sombrer dans l'inconscience dans la minute suivant le resserrement du lien et de ne pas être en mesure de le relâcher, ce qui peut entraîner le décès en aussi peu que quatre minutes. Il semble que certaines victimes aient cru, à tort, pouvoir desserrer le lien juste avant de sombrer dans l'inconscience. Il se pourrait donc que certains décès d'adolescents attribués à des suicides soient en fait dus à une auto-asphyxie et que la mort n'ait pas été intentionnelle.

Other Cases of Interest continued

Numerous websites about the choking game describe warning signs of whether a child may be involved in this dangerous behaviour:

- Any suspicious mark on the side of the neck, sometimes hidden by means of a turtleneck, a scarf or a permanently turned-up collar.
- Changes in personality, such as overly aggressive or agitated.
- Any kind of strap, a rope or a belt lying about near the child without any reason – questions about such objects are often eluded.
- Headaches, sometimes excruciatingly bad ones, loss of concentration, a flushed face.
- Bloodshot eyes or any other noticeable signs of stress on the eyes.
- A thud in the bedroom or against a wall – meaning a fall in cases of solitary practices.
- Any questions about the effects, sensations, or dangers of strangulation.

There is a growing advocacy movement in Canada and the USA to raise public awareness (and particularly, parental awareness) of this highly dangerous activity among children and teenagers.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

On trouve sur de nombreux sites Web la description des signes annonciateurs de la pratique ce « jeu » :

- Toute marque suspecte de chaque côté du cou; ces marques sont souvent cachées par le port d'un col roulé, d'un foulard ou d'un col perpétuellement remonté.
- Un changement de comportement, notamment de l'agressivité ou de l'agitation.
- La présence inexpliquée d'une sangle, d'une corde ou d'une ceinture dans les effets trouvés à proximité du jeune; ce dernier évite généralement de répondre aux questions à ce sujet.
- Des maux de tête, parfois très violents, une perte de concentration ou des rougeurs au visage.
- Des yeux injectés de sang ou tout autre signe évident de stress infligé aux yeux.
- Un bruit fort dans la chambre ou contre le mur de la chambre, qui indique souvent une chute en cas de pratique solitaire du « jeu ».
- Toute question relative aux effets, aux sensations ou aux dangers de la strangulation.

Au Canada et aux États-Unis, on assiste actuellement à un important mouvement de promotion de la sensibilisation du public (particulièrement des parents) à cette très dangereuse pratique chez les enfants et les adolescents.

Other Cases of Interest continued

The principal area of recommendations relates to raising public awareness about this phenomenon called "the choking game". It is evident that not only parents, but health care professionals and teachers (members of the wider education community) all need to be vigilant of suspicious signs/indicators that a teenager may be experimenting with this very dangerous activity. In discussions with the school officials, they have not detected the choking game to be a widespread problem in their student population.

There is abundant research material available on the web. There have been a number of media presentations (television, newspapers and magazines) about the choking game.

Recommendation:

That public health, mental health, child protection and education officials develop and conduct an appropriate publicity/education campaign on an ongoing basis directed at parents, children and youth, teachers, social workers and healthcare givers about the risks and consequences and the warning signs/indicators of the choking game.

The recommendation was forwarded for consideration by the Departments of Health, Education and Family & Community Services. In addition, the recommendation was also forwarded to the College of Physicians & Surgeons and the N. B. Medical Society.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

La principale recommandation relative à ce cas a trait à la sensibilisation du public relativement à ce phénomène. Il est évident que tous, non seulement les parents, mais aussi les professionnels de la santé et les enseignants (de même que les autres intervenants du domaine de l'éducation) doivent se montrer vigilants vis-à-vis des signes/indicateurs qu'un jeune s'adonne à cette pratique extrêmement risquée. Les représentants des établissements scolaires sondés ont toutefois indiqué que cette activité ne semblait pas être très répandue au sein de la population étudiante.

On trouve sur le Web beaucoup d'information sur le sujet. Les médias (télévision, journaux, revues) ont également effectué de nombreux reportages sur le « jeu du foulard ».

Recommandation :

Que des représentants des milieux de la santé, de l'éducation et de la protection de l'enfance mettent au point une campagne de publicité/d'éducation continue à l'intention des parents, des enfants, des jeunes, des enseignants, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé afin de fournir toute l'information relative aux risques, aux conséquences de même qu'aux signes/indicateurs du « jeu du foulard ».

La recommandation a été transmise au ministère de la Santé, au ministère de l'Éducation et au ministère des Services familiaux et communautaires. Elle a aussi été transmise au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick de même qu'à la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

Other Cases of Interest continued

Recommendation:

That public health, mental health, child protection and education officials develop and conduct an appropriate publicity/education campaign on an ongoing basis directed at parents, children and youth, teachers, social workers and healthcare givers about the risks and consequences and the warning signs/indicators of the choking game.

The Minister of Health advised that a committee [the Health, Education and Enforcement in Partnership (HEP)], representing different government departments is charged with addressing issues relating to youth. The case summary and recommendations have been forwarded to the Committee's Co-ordinator who will ensure that Family & Community Services and Education review the facts. HEP is a forum through which education approaches for youth on the risks of the choking game can be considered.

The Minister of Family & Community Services advised that information, signs and symptoms of this practice will be provided through the CORE Training Program for social workers.

The Minister of Education advised that his Department will be making significant investment in guidance counsellors as a result of the MacKay Report. The Minister advised that officials are aware of the practice and will examine means to educate front line counsellors of this growing problem and highlight its dangers to young people.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandation :

Que des représentants des milieux de la santé, de l'éducation et de la protection de l'enfance mettent au point une campagne de publicité/d'éducation continue à l'intention des parents, des enfants, des jeunes, des enseignants, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé afin de fournir toute l'information relative aux risques, aux conséquences de même qu'aux signes/indicateurs du « jeu du foulard ».

Le ministre de la Santé a indiqué qu'il existe un comité regroupant des intervenants de divers ministères, [soit le programme Santé, éducation et services de police en partenariat], qui est chargé de traiter les questions relatives aux jeunes. Le résumé du cas et les recommandations ont été transmis au coordonnateur de ce comité, qui veillera à ce que le ministère des Services familiaux et communautaires et le ministère de l'Éducation examinent les faits. Le comité constitue une tribune où l'on pourra explorer les modes appropriés de sensibilisation des jeunes aux risques des jeux d'étranglement.

Le ministre des Services familiaux et communautaires a indiqué que de l'information, ainsi que la liste des signes et des symptômes associés à cette pratique seront fournis aux travailleurs sociaux par l'intermédiaire du programme de formation de base.

Le ministre de l'Éducation a précisé que son ministère investira de manière significative dans la formation de ses conseillers scolaires à la suite des conclusions du rapport McKay. Le ministre a aussi indiqué que les fonctionnaires sont au courant de cette pratique et qu'ils se pencheront sur les façons de mieux préparer les conseillers scolaires à faire face à ce problème croissant et à faire connaître les risques associés à cette pratique aux jeunes.

Other Cases of Interest continued

The Registrar of the College of Physicians & Surgeons of New Brunswick committed to communicate the information to the membership. However, he advised that male adolescents have few contacts with the health care system and advocated a more general public communication strategy.

The Executive Director of the New Brunswick Medical Society committed to preparing an educational message for distribution to all members within one of its regular publications.

Inquests and Cases of Interest (2005)

Follow up on Cases of Interest #1

On August 29, 2005, an infant occupant of a minivan died when the driver hydroplaned off the road on Highway #8, near the Killarney Road, struck a pole and flipped into the Nashwaak River. The accident occurred when the van was travelling southbound on Highway #8.

The weather conditions were poor and heavy rain had left standing water in the ruts of the roadway. The roadway is a short straight stretch of two-lanes and although bordered by water on the right hand side, there is no guardrail. The vehicle struck a hydro pole which broke off, went over a small embankment and landed on its roof in a small pond, where it remained nearly submerged until rescuers arrived.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le registraire du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick s'est engagé à transmettre cette information à ses membres. Il a cependant précisé que les jeunes hommes fréquentaient généralement peu le corps médical et qu'il serait plus approprié de recourir à une campagne de sensibilisation publique.

Le directeur général de la Société médicale du Nouveau-Brunswick s'est engagé à préparer un message éducatif à l'intention de l'ensemble de ses membres, qui paraîtra dans une de ses publications régulières.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2005) :

Suivi du cas digne d'intérêt n° 1

Le 29 août 2005, un bébé est décédé lorsque la fourgonnette dans laquelle il se trouvait a fait de l'aquaplanage. Le véhicule, qui circulait en direction sud, a quitté la route 8 près du chemin Killarney, pour ensuite frapper un poteau de service électrique et se renverser dans la rivière Nashwaak.

Le temps était mauvais et la pluie abondante avait causé une accumulation d'eau dans les ornières. L'accident s'est produit dans une courte section droite de la route à deux voies. Bien que la route longe l'eau du côté droit à cet endroit, il n'y a pas de garde-fou. Le véhicule a heurté un poteau de service électrique et l'a sectionné, pour ensuite débouler une petite pente et se retrouver sur le toit dans un petit étang, où il est demeuré presque entièrement immergé jusqu'à l'arrivée des sauveteurs.

Inquests and Cases of Interest (2005)

The coroner recommended:

1. that guardrails be installed on roadways bordered by open water;

2. that public education focus on the need to reduce speed on roadways where risk of hydroplaning is high, depending on inclement weather.

The recommendations were forwarded to the Department of Transportation for consideration.

Recommendations:

1. **that guardrails be installed on roadways bordered by open water;**

2. **that public education focus on the need to reduce speed on roadways where risk of hydroplaning is high, depending on inclement weather.**

The Minister of Transportation advised that the Department of Transportation follows the Transportation Association of Canada's guidelines for the installation of guardrails on provincial highways.

The Minister also proposed that public education focus on the need for drivers to use well maintained tires, appropriate for seasonal driving conditions.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2005):

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Que des garde-fou soient installés le long des sections de route qui longent l'eau.

2. Qu'il faut sensibiliser les conducteurs à la nécessité de réduire leur vitesse sur les routes lorsqu'il y a des risques d'aquaplanage en raison du mauvais temps.

La recommandation a été transmise au ministère des Transports pour examen.

Recommandations :

1. **Que des garde-fou soient installés le long des sections de route qui longent l'eau.**

2. **Qu'il faut sensibiliser les conducteurs à la nécessité de réduire leur vitesse sur les routes lorsqu'il y a des risques d'aquaplanage en raison du mauvais temps.**

Le ministre des Transports a indiqué que son ministère suivait les lignes directrices de l'Association des transports du Canada relativement à l'installation de garde-fous de sécurité le long des autoroutes provinciales.

Le ministre a aussi suggéré qu'on mette l'accent, dans les campagnes de sensibilisation publiques, sur la nécessité d'équiper son automobile de pneus en bon état et appropriés pour la saison.

Inquests and Cases of Interest (2005) continued

Follow up on Case #2

An elderly gentleman was crossing Highway #134 at a marked crosswalk near his home. He was struck by a southbound vehicle and died a short while later as a result of his injuries. The driver of the vehicle, who was travelling within the speed limit, had been blinded by a combination of morning sun and glare from wet pavement and did not see the pedestrian. This crosswalk was previously identified by community members as unsafe.

The Coroner recommended that advance warning signs of this dangerous crossing area be erected both north and south of the crosswalk.

The recommendation was forwarded to the Minister of Transportation.

The Minister of Transportation advised that officials from his Department completed an evaluation, met with officials from the Village of Rexton and conducted a site visit to collect pertinent information regarding the crosswalk. As a result, the Department has recommended that the Village install, for southbound traffic, (1) an Advance Pedestrian Crossing sign and (2) a Pedestrian Crossing sign at the crosswalk on the left side of Route 134. An Advance Pedestrian Crossing sign exists for northbound traffic and other appropriate Pedestrian Crossing signs exist at the crosswalk.

The Minister clarified that responsibility for the installation and maintenance of pedestrian related signing, inside a municipality, rests with the municipality.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2005) (suite):

Suivi du cas digne d'intérêt n° 2

Un homme âgé traversait la route 134 à un passage pour piétons près de son domicile. Il a été happé par un véhicule circulant en direction sud et est décédé peu après des suites de ses blessures. Le conducteur du véhicule, qui roulait en deçà de la vitesse permise, était aveuglé par le soleil matinal et le reflet de la chaussée mouillée, l'empêchant ainsi de voir le piéton. Les membres de la collectivité s'étaient déjà plaints que ce passage pour piétons était dangereux.

Le coroner a recommandé de placer des panneaux d'avertissement au nord et au sud de ce passage pour piétons dangereux.

La recommandation a été transmise au ministère des Transport pour examen.

Le ministre des Transports a déclaré que des fonctionnaires de son ministère ont fait une évaluation, rencontré des représentants du Village de Rexton et effectué une visite sur place afin de recueillir les renseignements nécessaires au sujet du passage pour piétons. À la suite de cet examen, le ministère a recommandé aux représentants du Village de faire installer, pour les automobilistes roulant vers le sud, 1) un panneau avancé de passage pour piétons et 2) un panneau de passage pour piétons du côté gauche de la route 134, à la hauteur du passage pour piétons. Il y a déjà un panneau avancé de passage pour piétons à l'intention des automobilistes qui circulent en direction nord, ainsi que d'autres panneaux appropriés.

Le ministre a précisé que l'installation et l'entretien de panneaux concernant la circulation piétonnière sur le territoire de la municipalité incombe à la municipalité en question.

Inquests and Cases of Interest (2005) continued

The Village of Rexton advised that the design and location of crosswalks within a municipality are subject to approval by the Province.

They further advised that the intersection in question was redesigned and approved by the Department of Transportation in the mid 1990s and the municipality installed an overhead, lighted crosswalk sign in addition to the flashing light.

The Village advised that additional signage, as recommended by the Department of Transportation, was installed in early 2007 upon notification of the details of this case.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2005) (suite):

Les représentants du Village de Rexton ont indiqué que la conception et l'emplacement des passages pour piétons devait être approuvés par la province.

Ils ont aussi précisé que l'intersection en question avait été réaménagée et approuvée par le ministère des Transports au milieu des années 1990 et que la municipalité avait installé, au-dessus de cet endroit, un panneau de passage pour piétons lumineux, en plus du feu clignotant.

Les représentants du village on indiqué qu'on avait procédé, au début de l'année 2007, à l'ajout des panneaux additionnels, conformément aux recommandations du ministère des Transports suivant la communication des détails relatifs à ce cas.